

Projectvoorstel: Hermes Plus

Werkingsgebied: Brussel - voornamelijk in de assen noord - centrum / west - centrum / zuid-west - centrum. De localisatie van de verschillende functies zijn in bijlage toegevoegd. (bijlage 1)

Doelgroep: jong volwassenen en volwassenen

Kandidaat promotor: Clinique Sanatia ASBL

Contactgegevens :

Evelyne Chambeau. Clinique Sanatia ASBL. Molenstraat 27-29, 1210 Brussel. 0495/77 43 16

evelyne.chambeau@skynet.be

Patrick Janssens p/a DGGZ-CSM Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10, 1000 Brussel 02/218 33 76,

patrickjanssens@advalvas.be

1. Toelichting van de visie van het project

Psychologische en psychiatrische zorg wordt gekenmerkt door een veelheid van problematieken, **heel diverse** fases waarin patiënten zich situeren en een veelvoud van vormen van ondersteuning en van gespecialiseerde hulp.

De best aangepaste zorg bieden in de eigen omgeving is de uitdaging en de opdracht van dit netwerk.

Voor het netwerk "Hermes Plus" gelden de volgende uitgangspunten:

- Een netwerk bestaat omdat er functionele relaties zijn tussen de deelnemende organisaties. Het is de functie en de opdracht van een netwerk om deze relaties te ontwikkelen, te formaliseren en te verstevigen. Het is dan ook het eerste aandachtspunt van het netwerk. Zonder regelmatige en gestructureerde relaties bestaat er geen netwerk. Dan is er enkel sprake van een verzameling zorgaanbieders op eenzelfde gebied.
- Naast de gemiddelde – en voor alle werkingsgebieden opgaande - praktijk dient te worden rekening gehouden met de specifieke situatie van het werkgebied. In het Brussels werkgebied onderscheiden we meerdere zeer specifieke doelgroepen. Het netwerk ontwikkelt dan ook voor deze specifieke doelgroepen specifieke communicatievormen, specifieke technieken en samenwerkingsverbanden of gespecialiseerde teams (psychiatrische patiënten in de thuislozenzorg, psychiatrische patiënten die in een gecompliceerde oriënteringsfase zitten, zorgvermijdende patiënten in de thuissituatie, ...).
- Het netwerk vertrekt vanuit de idee dat de zorg zo snel en zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt wordt geboden en het wenst zoveel mogelijk beroep te doen op voorzieningen die voor alle burgers toegankelijk zijn.
- Het netwerk wordt centraal geleid en bestaat uit deelnemende organisaties die enkel zichzelf vertegenwoordigen.

- Het netwerk zoekt naar de best mogelijke hulpverlening i.f.v. de vragen en de behoefte van de cliënt. Deze “afgewogen” zorg moet ertoe leiden dat onnodige en overbodige zorg (in het kader van de problematiek van de patiënt) dan ook niet wordt georganiseerd. Dit kan bijdragen tot een meer “getrapte” vorm van zorg.
- Het netwerk is goed voorzien van alle vormen van residentiële, semi-residentiële en ambulante psychiatrische zorg. Er is een ruime verbinding met diensten uit de welzijnssectoren, de thuiszorg, de 1^{ste} lijnszorg en de huisartsen. Het netwerk wenst op basis van geëxpliciteerde samenwerking de zorg onderling verder af te stemmen.
- De mogelijkheden van de bestaande zorg worden ingezet in die mate dat ze tegemoet komen aan de doelstellingen van het netwerk, en de partners onderschrijven mee de doelstellingen van het netwerk.
- Het netwerk heeft speciaal aandacht voor een verantwoorde en goed opgevolgde vorm van doorverwijzing en oriëntatie.
- Het netwerk biedt zorg aan, die toegankelijk is - in al zijn vormen - in de beide landstalen. Daarbij is er specifieke toegankelijkheid voor anderstaligen. Dit moet een antwoord bideen op de specificiteit van de cosmopolitische bevolking van Brussel.
- Het netwerk is een open netwerk. Naast de formele partners die betrokken zijn in de ontwikkeling van het netwerk, wordt op het terrein samengewerkt met andere hulpverleners en diensten uit diverse sectoren.
- In het netwerk staat de cliënt en de zorg - in de ruime zin van het woord - centraal, niet de structuur van de zorgaanbieder.
- Het netwerk neemt initiatief om de eigen praktijk en resultaten te evalueren aan de hand van het wetenschappelijk onderzoek dat door de Federale Overheid wordt georganiseerd en op eigen initiatief.
- Het netwerk zal aansluitend op onderzoek en vaststellingen, initiatieven kunnen nemen om bijkomende noden, functies, praktijken, voor te stellen, en/of op te nemen.
- Het netwerk tracht de patiënt in zijn omgeving blijft en dat hij zodoende geïntegreerd blijft in zijn maatschappelijke omgeving. Om dit te bereiken worden die interventies of methodieken gebruikt die het minst intrusief zijn voor de patiënt en zijn omgeving.

2. Doelgroep

2.1. Het project Hermes Plus richt zich naar jongvolwassenen en volwassen personen met psychologische of psychiatrische problemen en hun familie of hun sociale context. Naast de zorg voor patiënten en hun familie die in de klassieke hulpverleningscircuits zitten, heeft het project aandacht voor problemen van specifieke doelgroepen, die in het Brusselse werkgebied aanwezig zijn. Het maakt voor het netwerk geen verschil uit of deze personen met psychiatrische problemen in het sociaal welzijnswerk of in de psychiatrische zorg of daarbuiten opgevolgd of bekend zijn.

2.2. Verschillende partners hebben een belangrijke ervaring, een specifiek aanbod en aangepaste methodieken met verschillende moeilijk te bereiken doelgroepen zoals:

- patiënten die zorg vermijden
- patiënten die - ondanks de bestaande zorg - niet in de klassieke zorg worden opgevangen
- patiënten die in informele hulpverleningsnetwerken met te weinig gepaste medische zorg leven
- patiënten in een complexe oriënteringsfase
- patiënten die in hun thuissituatie behoefte hebben aan meer begeleiding en ondersteuning

Via deze aandacht voor specifieke doelgroepen komen meerdere partners in contact met een gedeelte van de grote groep psychiatrische patiënten die niet in de zorg zitten en kunnen die toch bereikt worden. Het onderzoeksbureau “Lucas” schat in dat van de groep psychiatrische patiënten minder dan 25% in de psychiatrische zorg worden opgevangen (zie hiervoor ook bijlage 4).

3. Doelstellingen

Doelstellingen dienen geformuleerd te worden op meerdere niveaus. Er zijn zowel doelstellingen op het gebied van de zorg, de patiënten, de hulpverleners (al dan niet in teamverband), de familie en de aansluitende maatschappelijke structuren .

3.1. Naar de zorg toe

De uitgangspunten van de zorg zijn:

- Er op aansturen dat *de best gepaste zorg zo snel mogelijk wordt geboden zowel in de ambulante als in de residentiële zorg. De gepaste zorg is een evenwicht tussen "Behoefte en Aanbod" en is mede afhankelijk van de "Mogelijkheden van het netwerk".*
- Transparantie bieden in de geboden zorg en het actief mee betrekken van de patiënten in de keuzes die gemaakt worden.
- In de organisatie van de zorg zoveel mogelijk reguliere zorgstructuren inschakelen met de bedoeling de toegankelijkheid van patiënten met een psychiatrische problematiek te bevorderen.
- Zet de zorg centraal, niet de structuur van de zorgaanbieder.
- Meer continuïteit van de zorg garanderen door aandacht voor en opvolging van het oriënteringsproces.

Deze doelstellingen worden geconcretiseerd in subdoelstellingen die gevarieerd zijn en afhankelijk zijn van de functie (functie 1 ... functie 5) die de hulpverlener aanbiedt.

3.2. Naar de hulpverleners toe:

Deze zorgdoelstellingen houden dan ook in dat de kijk op het bieden van zorg verder wordt ontwikkeld bij de hulpverleners op het werkveld .

- De eigen voorziening staat tijdelijk en slechts voor een gedeelte ten dienste van het zorgtraject van de patiënt. Het lijkt ons belangrijk dat het zorgtraject op een dynamische wijze wordt bekeken. Het is geen vooraf uitgestippeld circuit. We creëren een samenwerking met de patiënt en zijn persoonlijk netwerk, gebaseerd op vertrouwen en wederzijds respect. De instelling en zijn hulpverleners laten meer verantwoordelijkheid bij de patiënt en nemen niet meer alle facetten van het dagelijks leven tijdelijk over. De ontwikkeling van deze "zorgcultuur" waarbinnen Hermes Plus in de toekomst zal ageren, zal één van eerste aandachtspunten zijn van het netwerk. De partners onderling zullen van elkaars praktijken kunnen leren en het creëren van innoverende begeleidingswijzen zal gestimuleerd worden.
- Bij het bieden van nieuwe of aanvullende zorg, is één van de belangrijkste aandachtspunten dat de reeds bestaande hulpverlening gerespecteerd, erkend en geïntegreerd wordt. Dit kan door hen van bij aanvang te betrekken in het zorgpad van de patiënt, door hen tussentijds of bij heroriëntering te informeren en hen te betrekken bij het plannen van het einde van een verblijf. De nazorg zal dikwijls georganiseerd worden door deze structuur. De betere afstemming en samenwerking van de partners die actief zijn in de verschillende functies, zal positieve gevolgen hebben voor de patiënt en zal de inter- relationele dimensie tussen de hulpverleners versterken.
- Daarnaast is transparantie en duidelijke communicatie tussen de verschillende hulpverleners en instellingen een voortdurend aandachtspunt. Regelmatige ontmoetingen, overleg met de patiënt en zijn netwerk zijn binnen dit proces essentieel. Vorming en supervisie zijn eveneens belangrijk en dragen bij tot het bereiken van deze doelstellingen. Het netwerk neemt hiertoe het initiatief of ondersteunt de reeds bestaande initiatieven. Het bevorderen en efficiënter maken van de communicatie tussen de partners van het netwerk

door het gebruik van een gemeenschappelijk communicatiemiddel (zoals het elektronische zorgplan) is eveneens een prioritair punt.

3.3. Naar de patiënten toe:

Hermes Plus richt zich naar psychiatrische patiënten die in een residentiële voorziening verblijven, of die in ambulante zorg zijn. Er zijn geen exclusiecriteria.

- Patiënten zullen geconfronteerd worden met hulpverlening die op een meer transparante wijze hulp biedt en die zodoende een breder, gevarieerder en genuanceerder aanbod kan bieden. Dit zal een aanpassing betekenen voor de patiënten en de hulpverleners kunnen ondersteunend optreden om hen te helpen bij het maken van keuzes.
- Patiënten zullen zich ook meer verantwoordelijk kunnen gedragen voor hun eigen traject binnen de hulpverlening en zullen minder overgeleverd worden aan de hulpverlening.
- Daarnaast is transparantie en duidelijke communicatie naar de patiënten toe een voortdurend aandachtspunt. We zullen een bijzondere aandacht schenken aan overlegmethodieken en de partners in ons netwerk die hiermee reeds een ervaring hebben opgebouwd kunnen ons hierbij helpen.
- Het geregeld consulteren van patiëntenverenigingen in het kader van het evalueren van het functioneren van het netwerk, zal ons toelaten een beter zicht te krijgen op hun wensen en behoeften in de stad beter te leren kennen.

3.4. Naar de familie toe

- De al langer ontwikkelde overlegvormen waarbij familieleden, mantelzorgers en mensen uit het sociaal netwerk betrokken worden in de planning van de zorg, geeft deze groep een eigen en mondig statuut in de zorg samen met de professionele hulpverleners. De projecten Psychiatrische Thuiszorg (PTZ) en de Therapeutische Projecten (TP) werken dikwijls samen met de familie en zullen binnen ons netwerk ondersteund worden om hun activiteiten verder te zetten en uit te breiden.
- De kliniek Sanatia hebben in het verleden een permanentie gecreëerd die open stond voor de familieleden van de opgenomen patiënten.
- In de afdeling psychiatrie van CHU Brugmann (dienst 74 voor personen met een psychotische problematiek) werden in het verleden sessies rond psycho-educatie gegeven. De module is gebaseerd op Infop (meer informatie op de website van Similes) en richt zich tot familieleden van patiënten die bij ons opgenomen zijn/waren of deelnemen aan de module rehabilitatie (Archimède) van hun daghospitaal. Volgend academiejaar worden de sessies hervat.
- De specificiteit van Brussel (veel alleestaanden) maakt dat het concept “familie” eerder dient uitgebreid te worden naar andere personen die deze functie van “naasten” opnemen en op die wijze een bijdrage leveren tot de behandeling en de reïntegratie van de persoon. Het idee om “onthaalgezinnen voor personen in een moeilijke psychologische episode” moet ontwikkeld worden.

3.5. Naar de aansluitende maatschappelijke structuren

- Overleg en sensibiliseringsinitiatieven op buurtniveau, met verschillende sociale actoren, zullen ook ontwikkeld worden in ons netwerk met het oog op het verminderen van de vooroordelen en taboes rond de geestelijke gezondheidszorg, wat kan bijdragen tot een betere integratie van de psychiatrische patiënten in de maatschappij.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1. Afbakening van het geografisch werkgebied

Het uitgangspunt van een project dat uitgaat van de bestaande partners in een omgeving met veel bestaande ambulante structuren, is dat het territorium van ambulante zorg wordt bepaald door het territorium van de partners. Toch is het verder aangewezen om een meer gedetailleerde analyse te maken van het werkingsgebied van onze partners en van de samenwerkingsrelaties die onze partners hebben ontwikkeld. (Bijlage 1) Dit moet ons een beter beeld geven van de spreiding over het gebied, en van de dichtheid van de geboden zorg.

De aangemelde partners situeren zich voornamelijk in de assen noord - centrum / west – centrum / zuid-west - centrum. (cfr Cartografie)

Dit betreft de zones waar volgens de cartografieën uitgegeven door het “Observatorium van het Brussels Hoofdstedelijk gewest” de meest kwetsbare bevolkingsgroepen wonen. In deze zones werden in het verleden door de verschillende overheden op basis van de grote behoefte veel ambulante structuren ingepland. Volgens de “Sociale Barometer die in 2010 verscheen, is Brussel de regio “met de grootste groep inwoners die risico lopen om onder de armoedegrens terecht te komen”. Meer dan één vijfde van de inwoners leeft in moeilijk financiële omstandigheden. Het netwerk bestrijkt een groot gedeelte van de wijken die deel uitmaken van het sikkelvormige gebied van armoede. (Laag SintGillis, Curegem, De Marollen, het zuiden van de Vijfhoek, laag Molenbeeken Sint Joost Ten Noode.

Momenteel zijn er binnen het territorium van het netwerk geen gebieden die niet bediend worden. De zones die het sterkst bediend worden zijn tevens de zones met de meest kwetsbare bevolking.

De coherentie is niet het resultaat van een gericht zoeken door de promotoren, maar vindt zijn oorsprong in de gegroeide affiniteiten rond het ambulant en gemeenschapsgericht werken van de deelnemende partners met elkaar.

Het is ook in het meest arme gebied dat de zones van twee netwerken (CHTiteca-St Luc en Hermes Plus) elkaar overlappen. Dit is enerzijds te wijten aan het feit dat vooral de partners vanuit de ziekenhuissector hier gevestigd zijn, en anderzijds speelt dit in op de behoefte die wordt vastgesteld in deze wijken. Het “Observatorium” benadrukt dat de sociale ongelijkheid leidt in belangrijke mate invloed heeft op de gezondheid zoals het zelf-waargenomen gevoel van gezondheid, de frequentie van problemen van geestelijke gezondheid. De mate waarin dit gebied bestreken wordt door de twee projecten, zal een positief effect hebben op actiemogelijkheden in deze wijken. Er was reeds overleg tussen de twee netwerken rond mogelijke samenwerking en over afspraken en criteria die zouden kunnen gehanteerd worden om te vermijden dat patiënten die in deze elkaar overlappende zones weer riskeren om van het ene netwerk te worden verwezen naar het andere. Deze zone betreft 60.000 inwoners waarvoor specifieke afspraken dienen gemaakt te worden. De woonplaats van patiënten die in deze structuren tijdelijk consulteren kan uiteindelijk een criterium zijn op basis waarvan wordt beslist tot welk netwerk voor de patiënt aangewezen is. Het is de bedoeling om hierrond een akkoord te hebben tussen de twee netwerken.

De cartografie die voor de verschillende functies afzonderlijk werd opgesteld (bijlage 1) toont dat alle functies in deze zones ruim aanwezig en beschikbaar zijn. Belangrijk hierbij is verder dat zo goed als alle partners activiteiten hebben in verschillende functies.

4.2. Het aanbod in het gebied:

Brussel is een multiculturele metropool met meer dan 1 miljoen inwoners. Een netwerk van zorg inplanten in een zo'n groot complex stedelijk gebied is op zich zeer specifiek, en we hebben hiervoor ook geen buitenlandse modellen. De ons voorgestelde buitenlandse modellen zijn meestal gericht naar kleinere populaties die ook homogener zijn. Brussel cumuleert een reeks kenmerken die een belangrijke impact hebben op de gezondheid van haar bewoners. Bovendien maakt de politieke structuur van het Hoofdstedelijk Gewest het noodzakelijk dat meerdere politieke overheden dienen te worden gemobiliseerd om een hervorming van deze omvang efficiënt te realiseren.

Brussel Centrum is een omgeving met zeer veel ambulante hulpverlening. Zowel Franstalige, Bicommunautaire als Vlaams erkende diensten zijn gesitueerd in dit gebied. Zij bieden zowel residentiële als ambulante zorg aan in de eerste, tweede en derde lijn. Daarnaast zijn alle vormen van het ambulante en het residentiële maatschappelijk werk beschikbaar. Dit aanbod is beschikbaar in de beide landstalen. Mits de beschikbaarheid van ICB's (interculturele bemiddelaars in CGGZ Brussel, Sanatia ziekenhuis, ...) wordt dit uitgebreid naar veel andere talen (Arabisch, Turks,

Pools, Rwandees, ...). Door beroep te doen op ICB's of op sociale tolken van "Brussel Onthaal" of van "Setis Brussel" zijn ongeveer alle talen in de Brusselse context vertegenwoordigd. Maar deze structuren zijn eerder gesatureerd. Wachtlijsten zijn dikwijls lang, wat er dikwijls toe leidt dat hulpverlening hierdoor moeilijk en beperkt toegankelijk wordt. Diensten en organisaties worden geconfronteerd met steeds moeilijker situaties, en met nieuwe problematieken, die ook nieuwe vormen van hulpverlening dienen te ontwikkelen. Het netwerk kan zowel bijdragen tot de ontwikkeling van nieuwe hulpverleningsvormen en technieken. Tevens kan door onderlinge communicatie en uitwisseling van goede praktijken het hulpverleningsaanbod van het netwerk snel uitgebreid en kwalitatief verbeteren.

4.3. Tegemoet komen aan de behoeften van de doelgroep

Naast de klassiek psychologische en psychiatrische problemen - die zich ook in andere regio's voordoen - wordt de Brusselse regio geconfronteerd met meerdere zeer specifieke doelgroepen. Dit fenomeen staat rechtstreeks in relatie tot de functie en de aantrekkingskracht die de grootstad voor bepaalde groepen heeft en is tevens gerelateerd aan de historische ontwikkeling van de stad. Brussel is een grootstedelijk gebied waar economische, culturele en sociale problematieken geconcentreerd zijn. Hiermee dient te worden rekening gehouden bij het ontwikkelen van een netwerk

Verschillende partners ontwikkelden met eigen middelen (of via subsidies) verschillende werkingen naar verschillende doelgroepen toe. Ter illustratie benoemen we een aantal werkingen gericht naar

- mensen in armoede die niet – of zeer beperkt - in relatie staan tot de hulpverlening (SMES)
- psychiatrische patiënten die op straat leven (vzw Diogenes)
- psychiatrische patiënten die in gecompliceerde transitieperiodes zitten (TP Hermes),
- daklozen die een ontmoetingsruimte opzoeken waar ook een sociale omkadering is en dagelijks een maaltijd wordt aangeboden (vzw Bij Ons/Chez Nous asbl,)
- psychiatrische patiënten die een vrijblijvende dagbesteding zoeken (Den Teirling)...
- psychiatrische patiënten zonder papieren of met een lopende asielaanvraag (SSM Ulysse)
- Mensen in armoede en op doortocht een plek vinden waar ze onthaald en gehoord worden (sociaal restaurant "La Rencontre" en onthaaltehuis Source)
- Psychiatrische patiënten met een dubbele diagnostiek (Babel en La Pièce)
- ...

De genoemde werkingen zijn meestal toegankelijk voor Nederlands-, Franstalige en anderstalige personen.

Deze verscheiden werkingen droegen in belangrijke mate bij tot de actieve dossiers van het TP Hermes. Sommige van deze partners in deze netwerken zijn ook nu partners in het project Hermes Plus.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling

5.1.1. Inleiding

Een tweetalig netwerk creëren in een omgeving met 4 erkennende instanties met partners uit alle sectoren van zorg en welzijnswerk - waarbij het de bedoeling is om toegankelijk te zijn voor alle patiënten - is een evenwichtsoefening. Het netwerk zal zich organiseren onder de vorm van een feitelijke veren. Indien nodig en in functie van de evolutie, zal deze juridische structuur worden aangepast.

5.1.2. 62 partners

Het netwerk bestaat uit 62 deelnemende partners. Elke ondertekende partner kan deelnemen aan de activiteiten in het kader van het "ontwikkelen van het project" indien zij dit wensen. De partners worden in bijlage 2 gedetailleerd weergegeven.

	Functie 1	Functie 2A	Functie 2B	Functie 3	Functie 4	Functie 5	Coörd.
aantal instellingen/62	42	12	39	45	20	22	10

5.1.3.1. 5 Vertegenwoordigende partners

CGGZ Brussel (VG)	Julienne Wyns (N) directrice
Clinique Sanatia (CoCom)	Evlyne Chambeau (F) directrice
GGGZ Antonin Artaud CSM (CoCom)	Ph. Hennaux (F) – voorzitter / Jan Snacken (N)
Initiatief Antonin Artaud (CoCom)	Siska Meyer (N) – voorzitter
Asbl Equipe (CoCoF)	PH. Hennaux (F) Medisch Directeur

5.1.4. Promotoren

Clinique Sanatia	Evelyne Chambeau (F)
DGGZ Antonin Artaud	Patrick Janssens (N)

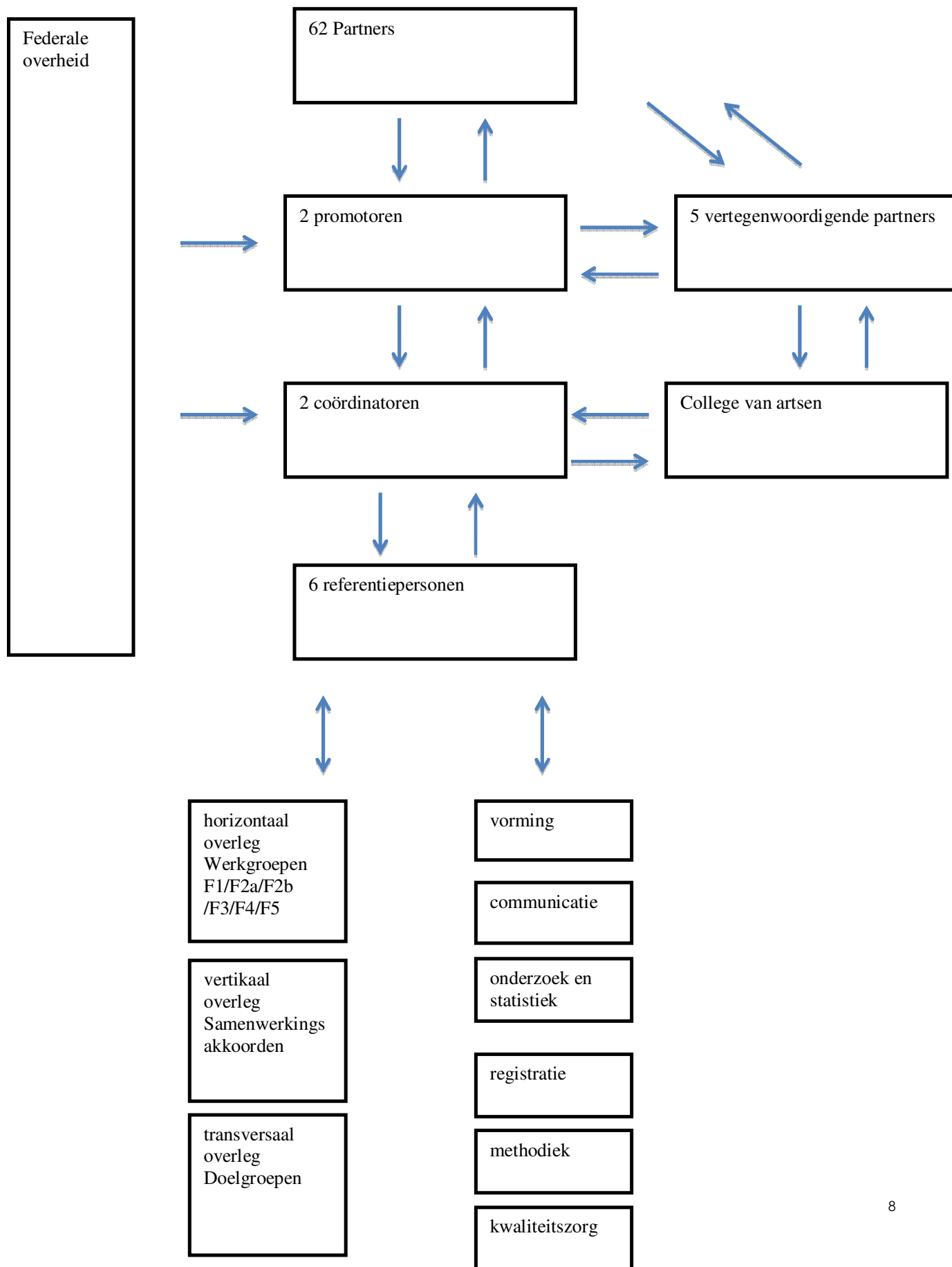
5.1.5. Netwerkkcoördinatoren:

Pascale De Ridder (F)
Greta Leire (N)

5.1.6. Referentiepersonen

Functie 1:	Julienne Wyns (N)	CGG Brussel (VG)
Functie 2a:	Soulef Zaïour (F)	Sanatia (CoCom)
Functie 2b:	Patrick Janssens (N)	DGGZ Antonin Artaud (CoCom)
Functie 3:		asbl Equipe (CoCof)
Functie 4:	Soulef Zaïour (F)	Sanatia (CoCom)
Functie 5:	Kristof Lisson (N)	Initiatief Antonin Artuad (Cocom)

5.1.7. Organisatiemodel Het netwerk zal op de volgende manier functioneel worden georganiseerd:



Promotoren

Clinique Sanatia en DGGZ Antonin Artaud duiden beiden elk één promotor aan.

Vertegenwoordigende partners Stuurgroep

De vertegenwoordigende van het project zijn CGG – Brussel, Clinique Sanatia, CSM Antonin Artaud, asbl L'Equipe, Initiatief Antonin Artaud. Deze instellingen stellen vanuit de eigen middelen personeel ter beschikking. Zij duiden voor de functies de 6 referentiepersonen aan. Zij selecteren de netwerkcoördinatoren. Zij vormen de stuurgroep van het netwerk.

Referentiepersonen

Er zijn 6 referentiepersonen – voor elke functie is er 1 deeltijdse functie ter beschikking gesteld door de partners.

Netwerkcoördinatoren

De coördinatie van het netwerk gebeurt door 2 deeltijdse personeelsleden. Zij zijn tweetalig, en elk van een verschillende taalrol (F/N) . Zij zijn de aanspreekpersonen van het netwerk voor zowel de overheid als voor de partners, en van het college der artsen. Ze vergaderen met de verschillende referentiepersonen en partners van de verschillende functies.

College van artsen

Het college van artsen verenigt de artsen van de instellingen die deelnemen aan Hermes Plus promoten. Zij geven advies over de medische verantwoordelijkheid. Het college wordt voorgezeten door de verantwoordelijke geneesheer van Hermes Plus.

Dagelijkse leiding

De 2 netwerkcoördinatoren, de 2 promotoren van het netwerk, de 6 referentiepersonen, de verantwoordelijke geneesheer vormen samen de motor van het netwerk.

Hun opdracht bestaat eruit om met de partners het overleg binnen de functies te organiseren, het overleg tussen de instellingen rond reguliere samenwerking te organiseren en met de partners een doelgroepenbeleid te organiseren. Daarnaast is deze groep verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de kwaliteit, het onderzoek en de statistiek over de activiteiten, de interne en externe communicatie van het netwerk, registratie, methodiekontwikkeling, kwaliteitszorg en vorming.

62 Actieve partners

Het netwerk bestaat momenteel uit 62 partners die kunnen deelnemen aan de ontwikkeling van het netwerk. Zoals in het TP Hermes, beschouwen we de organisaties die nu reeds coördinerende activiteiten ontwikkelen als een Bijkomende 6^{de} functie.

5.1.3. Vaststellingen

Bij deze lijst valt het op dat zowat alle partners hun aanbod plaatsen in verschillende “functies” van het theoretisch model van de hervorming van de Geestelijke Gezondheidszorg. Dit is een absolute meerwaarde. Inderdaad kunnen we het volgende vaststellen:

- Het netwerk realiseert in grote mate de onderscheide 5 functies (twee- en meertalig) op basis van de bestaande diensten.
- Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft een veelvoud van diensten en organisaties die zich hebben toegelegd op het ambulant werken. Er zijn weinig opnamemogelijkheden, waardoor alternatieven sinds decennia in andere – dikwijls meer ambulante - structuren werden gezocht.
- Langdurige zorg aanbieden in een omgeving met meer ambulante structuren, betekent ook dat de verschillende fases die een patiënt doorloopt (die terugkomen in de theoretische opdeling van 5 functies) dikwijls op “organische” en “naadloze” manier dienen te worden voorzien en aangeboden.

- Door de veelheid van diensten hebben zich allerlei organisatievormen en vormen van onderlinge afstemming naast elkaar ontwikkeld. Dit leidt o.a. tot het ontwikkelen van de coördinerende structuren (functie 6). We zullen ons op deze ervaringen kunnen stoelen om ons netwerk uit te bouwen.
- Het netwerk zal nieuwe activiteiten (functie 2a) dienen te ontwikkelen. Hiervoor zullen bijkomende middelen worden gezocht. Momenteel realiseert de mogelijke inbreng van “psychiatrische bedden” onvoldoende middelen om een volwaardige functie 2a te organiseren. Er zullen functies uit de ambulante structuren worden toegevoegd (dit wordt later in het financiële hoofdstuk toegelicht).
- Het netwerk kan zich voor de functie 2b baseren op verschillende instellingen en organisaties die deze functie reeds aanbieden voor een grote groep patiënten.

5.2 Taakverdeling in het netwerk

5.2.1. Missie van het Netwerk Hermes Plus

Het samenwerkingsband houdt in dat partners in verschillende functies:

- Zich inschrijven in het concept van “afgewogen psychiatrische zorg” (balanced care) waarbij bovendien zoveel mogelijk beroep wordt gedaan op regulier toegankelijke structuren indien dit mogelijk is.
- Ervoor zorgen dat ze de kwaliteit van de eigen functie(s) volwaardig opnemen en zich - indien mogelijk - meer ambulant en globaal oriënteren.
- Attent zijn dat de nodige voorwaarden voor goede doorverwijzing bestaan.
- Bij oriëntering of verwijzing de bestaande en - in overleg nog te ontwikkelen - samenwerkingsakkoorden nakomen.
- Bij complexe verwijzingen elkaar betrekken eventueel via bestaande overlegmethodieken.

5.2.2. Concretisering

De missie wordt geconcretiseerd door de volgende elementen:

- Het netwerk Hermes Plus vervangt geen bestaande werkingen.
- Het netwerk wenst vooral te werken op de onderlinge relaties, de onderlinge afstemming en de communicatie tussen de verschillende partners en hulpverleners.
- Het netwerk sensibiliseert, nodigt uit tot en leidt tot een meer maatschappelijk georiënteerde psychiatrische zorg.
- Het netwerk vormt en ondersteunt zijn hulpverleners.
- Het netwerk engageert zich om de toestand en de evolutie van de wijken, waarin onze patiënten leven, te beschrijven en kenbaar te maken. Het is belangrijk dat we de concrete context waarin ze leven en bewegen, in kaart brengen. Dit type aanpak gaat volledig in de richting van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en moet leiden tot een betere afstemming van het aanbod aan de behoeften van de personen met een psychiatrische problematiek.
- Het netwerk stelt lacunes vast in het aanbod van gezondheids- en welzijnszorg (in de ruime zin van het woord) en tracht met nieuwe partners oplossingen te vinden.
- Het netwerk zoekt naar betrouwbare communicatievormen om beter op de hoogte te zijn van de zorgtrajecten en de -circuits van patiënten. De privacy van de cliënt blijft primeren op de efficiëntie.
- Het netwerk zal zijn activiteiten evalueren en de nodige bijsturing uitvoeren.
- Het netwerk informeert de betrokken overheden van wat er op het terrein gebeurt en formuleert voorstellen ter verbetering van de levenskwaliteit en de integratie van de patiënten.

- Het netwerk ontmoet en onderhandelt met de betrokken politieke overheden, met de private instellingen en met de sociale partners om de doelstelling van de hervorming te bereiken.

5.2.3. Referentiepersonen

Voor bepaalde personen die deel uitmaken van een zorgnetwerk, wordt er beroep gedaan op een referentiepersoon en dit om het oriëntatieproces en de doorverwijzingen naar andere diensten te faciliteren. Hetzelfde geldt wanneer een harmonieuze afstemming van en een nauwe samenwerking tussen de verschillende hulpverleners essentieel is.

De rol van de referentiepersoon kan verschillende vormen aannemen :

De medische referentiepersoon : die de verantwoordelijkheid draagt om de patiënt te begeleiden in zijn zorgtraject en die garant staat voor de zorgcontinuïteit.

De zorgreferentiepersoon : zijn taak is het organiseren van het overleg rond en met de patiënt. De behoeften van de patiënt staan centraal. Hij heeft oog voor het zorgtraject van de persoon door zich steeds weer de vraag te stellen (en dit in overleg met de patiënt) of wat wordt voorgesteld haalbaar is. Hij maakt overleg tussen de gebruikers en alle mogelijke betrokkenen mogelijk. Idealiter kiest de patiënt zijn referentiepersoon. Indien de patiënt in de onmogelijkheid is om deze keuze te maken, is het het netwerk dat de referentiepersoon kiest en de patiënt geeft hierover zijn akkoord.

De vertrouwenspersoon : wordt gekozen door de patiënt en ondersteunt de patiënt in zijn contacten met andere hulpverleners. Hij behartigt de rechten van de gebruiker en ondersteunt de visie en behoeften van de patiënt.

De referentiepersonen komen uit verschillende hoeken van ons netwerk van partners en worden samengebracht in een pool. Deze partners hebben reeds een positieve ervaring en een expertise in de ontwikkeling van deze overlegmethodiek. We zijn voorstander van het scenario dat het een hulpverlener betreft die niet direct betrokken is bij de hulpverlening van de patiënt.

De referentiepersonen krijgen regelmatig vormingsmomenten en intervisie aangeboden.

De relatie tussen verschillende partners van ons netwerk zijn gedurende de laatste jaren meer en meer uitgegroeid, wat een meerwaarde betekent in het netwerk. De relatie tussen de ambulante en residentiële psychiatrisch sector is nog volop in ontwikkeling en expansie (TP Hermes). De relatie tussen de residentiële opvang CAW Archipel en onthaalhuizen als Source asbl en Home Baudouin en de ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg zit al in een verder stadium en zal nog versterkt worden.

5.2.4. Beschrijving van de functies binnen het netwerk Hermes Plus

5.2.4.1. Functie 1

In deze functie of groep diensten situeren zich o.a. de CGG's, de PTZ-teams, huisartsen, onthaalhuizen, thuiszorgdiensten enz..

Deze groep zorgaanbieders zijn partners die zich in specifieke projecten van samenwerking hebben toegelegd op ambulante psychiatrische zorg in de omgeving van de patiënt.

De CGG's zijn hierbij de eerste partner. De CGG's die betrokken zijn in Hermes Plus onderscheiden zich door hun ambulante psychiatrische zorg die zij dikwijls mobiel aanbieden. Deze multidisciplinaire teams hebben een essentiële rol in de continuïteit van de zorg wanneer de patiënt in zijn eigen omgeving leeft. Zij zullen bijdragen in het proces van het ontslag na opname in een ziekenhuis, kunnen de psycho sociale en psychiatrische ambulante begeleiding op zich nemen en zullen deel uitmaken van een netwerk van hulpverleners rond één patiënt in de thuissituatie.

Ook bepaalde activiteiten van Projecten Psychiatrisch Thuiszorg (PTZ) situeren zich in deze functie. De patiënten die worden aangemeld via de reguliere thuiszorg zijn veelal die patiënten waarbij de ondersteuning door de PTZ teams het verschil maakt tussen een psychiatrische opname of de verderzetting van het verblijf thuis. Het verder uitbouwen van deze functie – vooral in de Brussels omgeving waar vele duizenden sociale woningen zijn - vormen een belangrijke buffer voor het onnodig opnemen in de residentiële psychiatrische zorg. Zij nemen hier een belangrijke rol op in de vroegdetectie en de vroeginterventie.

Verschiedende partners uit de ambulante CGG's hebben belangrijke ervaring in het outreachend samenwerken met PAAZ diensten (CGGZ Brussel /UZ VUB) of met Medische Groepsconsultaties (CGGZ Brussel/

Wijkgezondheidscentra zoals Medikuregem) (bijlage 13 en bijlage 14) en op deze wijze dus ook met de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De CGG's vervullen door de bestaande samenwerking met de huisartsen, CAW's, plaatselijke en gemeentelijke diensten een belangrijke brugfunctie naar de eerste lijn en sluiten aan bij andere domeinen zoals huisvesting, arbeid, welzijn, onderwijs enz...

Als preventie-activiteiten situeren de CGG's hun afspraken binnen het suicide protocol in deze functie: in geval van suicide (poging, gedachten, tekens...) kunnen patiënten en hun omgeving binnen de 48u prioritair een afspraak krijgen. Door screening binnen deze functie kan er tevens ook afgewogen worden of er al dan niet verder beroep gedaan wordt op de intensieve ambulante behandelteams en wordt zo de link gelegd naar functie 2.

Acties omtrent een verdere actieve bekendmaking en sensibilisering bij de eerstelijnsdiensten zullen ook hier moeten uitgewerkt worden.

Er werden in maart en april verschillende vergaderingen gehouden met de partners die hun activiteiten binnen functie 1 situeren en deze in het netwerk verder zullen ontwikkelen.

Tijdens deze overlegmomenten werden een aantal denk- en actiepijlers ontwikkeld waarvan we enkele voorbeelden geven:

- Huisartsen komen vaak als eerste in aanmerking met de psychische moeilijkheden van hun patiënten en worden ook in eerste instantie gecontacteerd in crisismomenten. Huisartsen ondervinden moeilijkheden om continuïteit in de zorgen te creëren, des te meer als ze er alleen voor staan. Een nauwere samenwerking met de sector van de geestelijke gezondheidszorg, een aanmeldings- en infopunt is prioritair. Gezien verwijzingen veel gebeuren door de huisarts heeft hij/zij een belangrijke rol als poortwachter in het netwerk en heeft hiervoor ondersteuning nodig.
- Gezien de kwetsbaarheid van personen met een psychiatrische problematiek in de onthaalsector in Brussel (fungeert a.h.w. als de wachtzaal voor BW, PVT of ziekenhuis) is het belangrijk dat er ook hier expertise m.b.t. geestelijke gezondheid kan binnen gebracht worden.

Er werd een vragenlijst uitgewerkt om zicht te krijgen op de activiteiten inzake preventie, promotie van geestelijke gezondheidszorg, screening en diagnosestelling van deze organisaties en personen die hun activiteiten in functie 1 situeren. De inventaris van deze activiteiten geeft ons een rijk beeld van de preventieactiviteiten zoals die in Brussel georganiseerd en aangeboden worden.

Via een cartografie zien we waar deze activiteiten gesitueerd zijn in Brussel.

Belangrijke partners in belendende sectoren zijn: CAW, LOGO, GDT, LRO alsook de patiëntenvereniging (vb Uilenspiegel) en Similes.

5.2.4.2. Functie 2

We dienen een onderscheid te maken tussen de functie 2A en de functie 2B omdat deze functies zich naar verschillende doelgroepen richten en daardoor anders uitgebouwd dienen te worden met andere middelen en methodieken..

5.2.4.2.1.Functie 2A

De functie 2A heeft binnen de hervorming van de GGZ een cruciale waarde : een goed functionerende « functie 2A » moet ertoe leiden dat de personen met psychologische en psychiatrische klachten die in een crisissituatie verkeren, daardoor niet onmiddellijk in de intramurale zorg terechtkomen, maar ook ambulant kunnen worden opgevangen.

5.2.4.2.1.1. Activiteitenzone en doelgroep

Deze functie is actief op heel het werkgebied van het netwerk en richt zich tot :

- Volwassenen die *gekend* zijn door het (zorg)netwerk
- Personen die *niet gekend* zijn bij de partners van het netwerk maar waar – in de beginperiode van het project – een arts van ons werkgebied (huisarts of psychiater) de aanvraag formuleert.

De aanwezigheid van de aanvrager lijkt ons - in de mate van het mogelijke - noodzakelijk tijdens de eerste interventie. Bij het ontbreken van enige band met hulpverleners van ons netwerk – en dus zondere enige verduidelijkende informatie – is een kwetsbare mobiele equipe niet uitgerust om met eender welke situatie geconfronteerd te worden. De politiediensten binnen de betrokken zone kunnen de interventie van het team aanvragen indien de hogervernoemde voorwaarden vervuld zijn. Hun interventie zal zal aangewezen blijven in bepaalde gevallen gezien hulpverleners anders zijn uitgerust dan politieagenten.

In een 2de fase na evaluatie, kan elke (rechtstreekse of onrechtstreekse) partner, die actief is binnen ons territorium beroep doen op het mobiele team.

Deze hulpvrager engageert zich tot een nauwe samenwerking en blijft beschikbaar doorheen heel het begeleidingsproces.

5.2.4.2.1.2. Samenstelling van de mobiele equipe

De mobiele equipe bestaat uit tenminste 10 FTE ; een aantal van de Hermes Plus partners hebben reeds toegezegd dat zij personeelsleden zullen vrijstellen voor dit type werk. Dit team zal multidisciplinair Het is aangewezen dat dit team bestaat uit ervaren werknemers met een groot gevoel van verantwoordelijkheid, gebaseerd op kennis en ervaring. Deze equipe is mobiel en dient niet overhaast te werk te gaan.

Een psychiater zal het werk van deze equipe coördineren en superviseren. In noodgevallen zal hij zich ten huize van de patiënt begeven.

Zijn functie zal beschreven worden vanuit het klassieke werkkader van een arts, dat gebaseerd is op de medische deontologie en het respect van de rechten van de patiënt (behandeling, informatie die aan derden kan doorgegeven worden,...) Hij zal, in bepaalde gevallen, beslissingen dienen te nemen zonder de persoon ontmoet te hebben. Dit is een nieuwe vorm van aanpak die door een aantal van onze partners psychiateren als « riskant » wordt bekeken. Dit zet aan tot het nadenken over een systeem waarbinnen de psychiater niet alle verantwoordelijkheid draagt.

De « verantwoordelijkheid » in relatie tot het « inschatten van het risico » blijft een moeilijke kwestie en zal ook op juridisch vlak moeten bestudeerd worden. De artsen en psychiateren die tot ons netwerk behoren, hebben zich geëngageerd om een « College van Artsen » samen te stellen om dergelijke kwesties te bestuderen en concrete voorstellen te doen.

Met het oog op een goede samenwerking en een continuïteit tijdens het doorverwijzingsproces tussen de functies, lijkt het ons opportuun dat (sommige van) deze teamleden ook deeltijds binnen een andere functie werken (ter vb. een psycholoog die deeltijds werkt in een DGGZ en verder deeltijds in team 2A). De equipes 2A en 2B zijn onderling niet gemengd.

De interventies worden in duo volbracht om veiligheidsredenen en om de mogelijkheid tot een constructieve ervaringsuitwisseling te bevorderen. De dienst is telefonisch bereikbaar 24u/24u en 7d/7 ; binnen de 24 à 48u wordt er ingegaan op de vraag. Deze tijdsruimte laat toe om een onderscheid te maken tussen een urgentie en een crisissituatie. Het team kan in die periode overleg plegen en de situatie en de interventiemogelijkheden voldoende analyseren.

De duur van de begeleiding beperkt zich tot maximum 1 maand ; de caseload bestaat uit 20 personen per maand.

Deze equipe krijgt doorlopend vorming en supervisie aangeboden rond het omgaan met crisissen en het werken binnen een netwerk. Het gaat immers niet enkel om het omgaan met crisissen maar ook (en vooral) om het zoeken naar duurzame oplossingen voor de betrokkenen. De coördinatie van netwerk Hermes Plus zal ervoor zorgen dat ze de nodige middelen opzoekt en aanreikt om deze visie te realiseren.

Om deze functie optimaal te realiseren is het nodig dat diensten uit andere functies aansluiting hebben met de functie 2A. Hierbij wordt gedacht aan :

- De mogelijkheid hebben om snel te kunnen samenwerken met een ambulante dienst
- Andere mogelijkheden om logies te beiden dan het psychiatrisch ziekenhuis als de psychiatrische behandeling geen opname meer vereist.
- Organiseren van huisbezoek
- Het ter beschikking hebben van 1 of 2 crisisbedden in een psychiatrisch ziekenhuis.

Op deze manier zal Clinique Sanatia de mogelijkheid bieden aan het netwerk om crisissituaties op te vangen.

De andere urgenties zullen of thuis, of in een crisiscentrum voor psycho-sociale problemen opgevangen worden. Deze bijkomende alternatieven zijn noodzakelijke voorwaarden om eventueel een afbouw van ziekenhuisbedden te realiseren.

5.2.4.2.1.3. Voor en na de crisis

Bij de aanvang van de crisis kunnen Centra Geestelijke Gezondheidszorg (binnen functie 1 zitten in ons netwerk zowel Nederlands- als Franstalige en bi-communautaire centra) zeker een belangrijke rol spelen door bvb. per week een tweetal consultaties vrij te houden voor de urgenties. Dit type aanbod zou het toevloeien naar de psychiatrische urgentiediensten binnen de ziekenhuizen moeten reduceren.

In een latere fase heeft de referentiepersoon een belangrijke functie in de ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving met het oog op de continuïteit van de zorgen. In een vorig hoofdstuk hebben we al aandacht geschonken aan het takenpakket en het profiel van deze persoon maar een aantal aspecten (zoals de medische verantwoordelijkheid en de mogelijke zware belasting van deze persoon). Het is een evidentie dat deze

referentiepersoon actief zal samenwerken met het mobiele team, met de ambulante sector, met de outreaching-teams, met de projecten PTZ,...enz en natuurlijk ook met de partners van de functie 5.

Er dienen alleszins samenwerkingsakkoorden uitgewerkt te worden om het doorverwijzen mogelijk te maken met een engagement van alle betrokken partners.

5.2.4.2.1.4.Type interventies en zorgprocedures

Het is heel belangrijk dat er niet overhaast te werk wordt gegaan en dat de mobiele equipe zich tijdens de startfase grotendeels kan wijden aan het leren kennen van de partners van het netwerk en de buurt waar ze ingebed zijn (ambulante sector, huisartsen, gezondheidswerkers, wijkwerkingen, culturele verenigingen,...) en dit vooraleer zij echt operationeel worden en effectief interveniëren.

In een 2de fase zal de dienst kunnen gecontacteerd worden en zullen verschillende types interventies mogelijk zijn :

1. Begeleiding in de thuissituatie (of elders) en aanknopingspunten in het netwerk rond de patiënt mobiliseren. De ambulante begeleiding gebeurt door de (her)activering van de functie 1 en het uitgebreidere, ruimere zorg- en welzijnsaanbod en/of door een doorverwijzing voor te bereiden naar de functie 2B die een intensievere begeleiding kan op gang brengen en uitbouwen.
2. Hospitalisatie, indien nodig. Een nauwe samenwerking van het mobiele team met onze ziekenhuispartners die over een psychiatrische urgentiedienst beschikken (Molière Longchamps ?, UZ Brussel ?, CHU Brugmann, Saint-Luc...) is essentieel om een snelle hospitalisatie binnen de 48u mogelijk te maken (Sanatia kliniek). Het creëren van een mobiele equipe sluit collocatiemaatregelen niet uit en vormt ook geen alternatief voor deze vormen van tussenkomst.
3. Mogelijkheid tot crisisopvang en overnachtingsmogelijkheden. Het idee om een **psycho-sociaal crisiscentrum (PSCC)** te creëren, dat over een 10-tal crisisbedden beschikt, wordt naar voren geschoven.

5.2.4.2.1.5. De organisatie en de pluspunten van een PSCC

Het PSCC zou zich in een « basisantenne » situeren, die zal gelegen zijn in één van de gemeenten van het werkgebied van het netwerk Hermes Plus, en biedt tevens een uitvalsbasis voor het mobiele team. Verder lijkt het ons noodzakelijk om extra interventieplekken te voorzien op andere, reeds bestaande plekken die een nijpend tekort aan middelen hebben en veel personen met een psychiatrische problematiek huisvesten en ondersteunen.

Onze partners Source asbl en de Home Baudouin (onthaaltehuizen) getuigen openlijk van deze lacune binnen hun organisatie.

Met een dergelijke innoverende samenwerking kan het mobiele crisisteam telefonisch ondersteuning bieden en/of ter plaatse samenwerken met de hulpverlener(s). Vervolgens kan er al dan niet geopteerd worden voor een opvang in de basisantenne.

Dit type crisisonthaal met een basisantenne en andere plaatsen binnen ons werkgebied, biedt de mogelijkheid om – naargelang waar de persoon in crisis zich bevindt – gerichter en actiever samen te werken met de partners die een aangepaste hulpverlening kunnen bieden (zoals de CGGZ, opvangstructuren, eerstelijnsdiensten,...), die in de buurt/gemeente gelocaliseerd zijn.

We kunnen dit concept effectief uitwerken indien al onze ziekenhuispartners (Sanatia, Titeca, Molière, Brugmann, UZ Brussel, Cliniques de l'Europe, PSC Elsene, St-Luc, Institut Pacheco, CJA) een aantal (1 à 2) bedden ter beschikking stellen. Deze bedden worden dan crisisopvangbedden in een autonome structuur, buiten de muren van het ziekenhuis. De persoon zou er maximum 5 à 7 dagen (weekend inclusief) kunnen verblijven.

Wat de crisisbedden betreft is een delocalisatie op andere plaatsen dan de basisantenne ook denkbaar mits ze niet al te ver verwijderd zijn van het PSCC.

- Enerzijds is het ongetwijfeld voor al onze partners een moeilijkheid om een (klein) aantal bedden af te staan. Anderzijds, kan de transformatie van deze bedden een reële ontlasting betekenen voor de psychiatrische spoeddiensten van de betrokken ziekenhuizen.
- Het ziekenhuis vervult regelmatig de functie van « time out » voor een aantal mensen, voor wie de druk van de leefomgeving te groot is en voor wie tijdelijk « afstand kunnen nemen » heilzaam is. Deze functie zal in een crisisdienst kunnen opgevangen worden.

- Het ondersteunend werken in een crisisfase in een andere context dan het ziekenhuis, kan een destigmatiserend effect hebben.
- Deze crisisopvangdienst (gehuisvest buiten de muren van het ziekenhuis in één van de wijken van ons werkgebied), vervult een verbindingsfunctie tussen de ambulante en de ziekenhuissector. Vanuit een urgentiedienst van een ziekenhuis (zoals deze momenteel functioneren), is deze connectie met de ambulante sector moeilijk te realiseren.
- In de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg worden al de lagen van de zorgvoorzieningen (ambulant, residentieel, ziekenhuis) uitgenodigd om veranderingsprocessen op gang te brengen die bijdragen tot het toegankelijker maken en dichterbij brengen van het zorgaanbod voor de patiënten van ons werkgebied. Het PSCC vervult ons insziens een cruciale rol in het realiseren van deze doelstelling.
- De mobiliteit van dit team geeft ons de mogelijkheid om ondersteuning in de thuissituatie van de persoon aan te bieden. Een huisbezoek is dikwijls een welkome informatiebron om de belevingswereld en de problematiek van de persoon beter te begrijpen. Anderzijds kan het als opdringerig ervaren worden en dan biedt een onthaal op een andere plek (bij een partner van het netwerk) en in het PSCC een meer adequate aanpak.

5.2.4.2.1.6. Centrum voor psycho-sociale crisis

Op langere termijn is het aangewezen om een crisiscentrum voor psycho-sociale crisis op te richten. Het verblijf is van bepaalde duur en beperkt tot maximum 7 dagen. Het zal gesitueerd zijn in een autonome, niet medische omgeving. Dit centrum zal er toe bijdragen dat psychiatrische structuren minder overbelast worden.

5.2.4.2.7. Planning en methodologie

Eerste fase : (4 maanden ?)

Vooraleer effectief operationeel te zijn, is het van essentieel belang dat dit team 2A zich kan voorbereiden. Ze zullen hiertoe bijgestaan worden door de netwerkcoördinatoren.

Concrete doelstellingen eerste fase :

- Met de partners de mogelijkheden van het netwerk lijsten en bundelen en vervolgens samenwerkingsakkoorden en interventiemodaliteiten vastleggen.
- Vanuit een algemene visie op ons werk, wordt er nagedacht over een « gemeenschappelijk handvest » betreffende het delen en doorgeven van informatie via een patiëntendossier.
- Het consolideren van engagementen die onze partners uitspraken tijdens de voorbereidingsfase van het project.
- Het grote aantal partners schept ruime mogelijkheden om werkgroepen en denktanken op te starten die het creëren van de mobiele werking zullen mogelijk maken.

Tweede fase : (6 maanden ?)

Opstarten en garanderen van een telefonische wacht en mobiele interventies in de thuissituatie (of elders).

Derde fase :

Onthaal van de personen in een psycho-sociaal crisiscentrum en beschikken over een aantal crisisbedden (dankzij de samenwerking met onze ziekenhuispartners) .

Informaticasysteem en overdracht van de informatie rond de patiënt :

-De « basisantenne » dient te beschikken over een informaticasysteem dat toegang geeft tot een aantal gegevens van de persoon en van de plaatsen waar hij recentelijk verzorgd of opgevangen werd (het elektronisch zorgplan zoals beschreven in bijlage ... kan in dit kader een interessant communicatiemiddel betekenen). Dit verschilt van het traditionele kader waarbinnen de patiënt vrij is om de hulpverlener al dan niet in te lichten over zijn (recente) passages in de instellingen van het netwerk. De patiënt blijft uiteraard vrij om al dan niet akkoord te gaan met dit werkkader.

- Hermes Plus heeft ervoor gekozen om een gevarieerd netwerk uit te bouwen, waarin heel diverse structuren en ook de welzijns- en culturele sector, vertegenwoordigd zijn. We moeten van bij de opstart de nodige waakzaamheid hanteren rond het communiceren van informatie. Per definitie wordt enkel die gegevens doorgegeven die nodig zijn binnen de begeleiding.
- Anderzijds is het beschikken over up to date gegevens over het aantal vrije plaatsen in de partnerorganisaties absoluut noodzakelijk om efficiënt te kunnen werken. Er zal ook een internetsite gecreëerd worden die de werking van het mobiele team en het netwerk Hermes Plus zichtbaar maakt binnen het Brusselse landschap van de geestelijke gezondheidszorg.

5.2.4.2.1.8. Familie, naasten en omgeving

- De persoon in crisis en/of zijn omgeving, kan beschikken over een telefoonnummer dat constant bereikbaar is tijdens de duur van de begeleiding.
- In het werkgebied van Hermes Plus is de aanwezigheid van migranten verhoudingsgewijs heel belangrijk. Deze specificiteit dient in ons werkkader opgenomen te worden. In die zin pleiten we ervoor dat de FOD Volksgezondheid een budget vrijmaakt voor een interculturele bemiddelaar, die deel kan uitmaken van het crisisinterventieteam. Deze persoon zou eveneens gesensibiliseerd en opgeleid worden om samen te werken met een vertaler.

2 mogelijke werkpistes

- Het is evident en aangewezen dat we kunnen leren uit de jarenlange ervaringen, die psychiatrische urgentiediensten (zoals die van St-Luc, Brugmann, ...) hebben opgebouwd. Dit kan ons helpen om niet in een soortgelijke situatie terecht te komen waarbij de dienst overspoeld wordt en er niet meer kan doorverwezen worden. (aan pascale betekenis demande accrue vragen)
- Een degelijke crisisopvang veronderstelt een aantal pijlers : enerzijds het creëren van een vertrouwensrelatie met de betrokken persoon of met zijn/haar omgeving en anderzijds de mogelijkheid om vrij snel te kunnen samenwerken met bvb een neuroloog, een maatschappelijk werkster (zouden we hier niet over een psychiater spreken + hulpverleners van het netwerk van de patiënt). Het PSSC profileert zich buiten de muren van het ziekenhuis maar dient erop te waken dat ze de nodige medische en sociale back up ter beschikking heeft. We dienen hiertoe verschillende samenwerkingsverbanden te creëren met onze partners van de ziekenhuissector.

5.2.4.2.2.Functie 2B ambulante mobiele langdurige zorg

5.2.4.2.2.1. Inleiding

Het beperkt aantal “bedden” in Brussel heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat in de loop van de voorbije decennia een grote kennis en ervaring rond het bieden van langdurige zorg in een ambulant kader werd ontwikkeld. Sinds de jaren '60 werden inderdaad talrijke diensten gecreëerd om de geestelijke gezondheidszorg in de leefomgeving van de Brusselse bevolking te brengen. Deze equipes waren mobiel en multidisciplinair samengesteld. Meerdere van deze initiatieven stonden model voor buitenlandse organisaties. Talrijke diensten betreuen dat ze te weinig personeel hebben om dit type begeleidingen optimaal te realiseren. Deze methodiek wordt dan ook meer en meer voorbehouden om patiënten op intensieve wijze te begeleiden tijdens een crisisfase. Deze equipes hebben dus een rijke ervaring en expertise opgebouwd zowel op het vlak van crisisopvang in de thuissituatie als op het vlak van de ambulante langdurige zorg.

Tussen deze initiatieven bestaan onderling grote verschillen. Het zijn zowel initiatieven waarbij de dienst zelf zoveel mogelijk zorg opneemt, als initiatieven waarin de psychiatrische zorg langdurig wordt geboden in samenwerking met andere diensten uit andere sectoren.

Hierdoor is er ervaring binnen het netwerk in het hanteren van verschillende methodieken en kan de langdurige zorg geboden worden aan zeer verschillende doelgroepen.

Daarenboven wordt dit aanbod aangeboden op territoriaal verschillende plaatsen binnen het werkingsgebied van het netwerk. Hierdoor is de vereiste om langdurige zorg aan te bieden in de omgeving van de woonplaats van patiënten bijna overal gegarandeerd. Het netwerk kan hierdoor op heel wat plaatsen functioneren op gemeentelijk niveau. De projecten PTZ overstijgen dit niveau en opereren per definitie in de 19 Brusselse gemeenten. Een aantal projecten verkleinden stilaan het werkgebied om praktische redenen.

Hermes Plus wenst in de eerste plaats de bestaande initiatieven samen te brengen en op elkaar af te stemmen. Vermits het netwerk momenteel een groot aantal patiënten in de langdurige zorg opvangt, en daarbij jaarlijks over een redelijke bijkomend potentiële nieuwe langdurige begeleidingen beschikt, is een nieuwe en bijkomende mobiele equipe geen prioriteit. Dit neemt niet weg dat bijkomende middelen voor de bestaande partners het - nu al belangrijke - potentieel nieuwe begeleidingen kan verhogen.

5.2.4.2.2.2. Een gedecentraliseerde mobiele equipe voor langdurige ambulante zorg

Hermes Plus wenst geen nieuwe mobiele equipe op te richten om vanuit het “niets” een mobiel ambulante gemeenschapsgericht aanbod te creëren. Binnen het werkgebied is dit niet nodig en contraproductief. Dankzij deze bestaande activiteiten kunnen de middelen voor het netwerk voor andere behoeften van het netwerk beschikbaar blijven.

Een gedecentraliseerde equipe moet mogelijk maken dat het bestaande gemeenschapsgerichte aanbod kan blijven aangeboden worden, kwalitatief kan worden verbeterd door afstemming en synchronisatie. Dit draagt bij tot een ambulante en territoriaal verspreid aanbod met een eigen identiteit, waarbij rekening wordt gehouden met wijk-specifieke kenmerken, de sociale kaart van de wijk, de sociaal-culturele context van de wijk, de mogelijkheden en de moeilijkheden van de wijk.

Hermes Plus zal de ambulante langdurige zorg afstemmen in overleg met de verschillende bestaande aanbieders in een vorm van een gedecentraliseerde equipe. Dit moet het netwerk de mogelijkheid geven garant te zijn voor het realiseren van de minimale kenmerken van een langdurig aanbod. Het is tevens een manier van werken die de bestaande kennis en ervaring inzet, en valoriseert.

De achterliggende idee van het netwerk is verder om sociale voorzieningen en sociale instellingen te betrekken, open te stellen, meer te betrekken in de sociale inclusie van psychiatrische patiënten.

Patiënten helpen in het vinden van de nodige contacten, en activiteiten die hen kunnen ondersteunen, en die ertoe bijdragen om buiten de psychiatrische zorg te blijven, maakt deel uit van de doelstellingen dit netwerk.

De gedecentraliseerde equipe zal het “aanspreekpunt” zijn voor de overheid van Hermes Plus.

5.2.4.2.2.3. De praktijk van een gedecentraliseerde equipe 2B

Om het gedecentraliseerde aanbod vanuit verschillende bestaande teams op elkaar af te stemmen en zodoende toch van een equipe te kunnen spreken zullen de volgende elementen worden nagestreefd:

- Onderlinge Communicatie rond patiënten
- Gemeenschappelijke dossierelementen
- Gemeenschappelijke caseload.
- Centraal aanmeldingspunt
- Gemeenschappelijke teamvergaderingen
- Crisismanagement
- Vorming
- Uitwisseling van personeel
- Monitoring, evaluatie en verbetering
- Kennis van de andere mobiele equipes.
- Relaties met andere zorgaanbieders

Het is de opdracht voor de coördinator van de functie 2B om deze aspecten met de partners op elkaar af te stemmen.

- Onderlinge Communicatie rond patiënten

Diensten die actief zijn in deze functie hebben weet van elkaars patiënten. Deze informatie zal beperkt zijn tot het beschikbaar stellen van de informatie die betrekking heeft op de identificatie van de betrokken zorgverleners voor de betrokken patiënten en de noodzakelijke informatie bevatten in geval van crisis. Dit moet ertoe leiden dat er niet meer parallel aan elkaar zorg wordt geboden vanuit het ontbreken van informatie over de geboden zorg.

- Gemeenschappelijke dossierelementen

Omdat de onderlinge communicatie over bepaalde aspecten van de zorg wordt verwacht, betekent dit ook dat de zorgaanbieders deze elementen gelijkaardig registreren en ter beschikking stellen van de andere zorgaanbieders van de functie 2B. In een later stadium zal dit - indien dit nodig en nuttig is - kunnen uitgebreid worden naar de functie 2A en eventueel naar andere partners van het netwerk.

- Gemeenschappelijke case load

Het netwerk is verantwoordelijk voor het realiseren van de door de overheid gewenste minimale caseload.

- Centraal aanmeldingspunt

Naast de gebruikelijke kanalen die momenteel door de zorgaanbieders worden gebruikt, zal er een centraal aanmeldingspunt worden georganiseerd (SCPS) dat eveneens kan worden gebruikt door verwijzende personen of organisaties. Dit meldpunt zal in de eerste plaats de woonplaats van de patiënt gebruiken om patiënten voor te stellen aan bestaande equipes.

Indien cliënt-betrokken elementen maken dat naar een elders gelokaliseerde mobiele equipe van het netwerk dient te worden georiënteerd, gebeurt dit in overleg met de patiënt en de betrokken equipes.

- Gemeenschappelijke teamvergaderingen functie 2B

Een mobiele equipe 2B die verspreid over het werkingsgebied opereert moet regelmatig samen vergaderen over het dagdagelijkse beheer van de mobiele equipe Hermes Plus. Een regelmatige "Teamvergadering Functie 2B Hermes Plus" onder leiding van de "Referentiepersoon functie 2B" zal hiervoor de motor zijn. Elke mobiele equipe zal hierop vertegenwoordigd zijn.

De opdracht van deze teamvergadering is de verschillende aanbieders van ambulante mobiele zorg op elkaar af te stemmen en te synchroniseren tot "een verspreide mobiele equipe" om zodoende tot een mobiel aanbod voor langdurige zorg te komen dat de verantwoordelijkheid voor de zorg kan opnemen voor bewoners uit het werkingsgebied Hermes Plus.

Op kruissnelheid moet een maandelijkse vergadering hiervoor volstaan. Bij de aanvang zal de frequentie hoger liggen.

- Crisismanagement

Het is een algemene vaststelling dat binnen de langdurige ambulante zorg ook crisismomenten voorkomen. Veel van deze dringende situaties worden herkend en beheerst door de bestaande equipes die hiervoor ook verschillende strategieën ter beschikking hebben. Dringende situaties, die escaleren tot een crisis van de patiënt en zijn hulpverleners, komen zelden voor.

Het is dan ook aangewezen om voor het uitzonderlijk voorkomen van "crisis" binnen het netwerk Hermes Plus beroep te doen op de functie 2A. Het beperkt voorkomen van deze momenten maken het - op gebied van het efficiënt besteden van middelen - niet aangewezen om hiervoor extra middelen (tijd en middelen) ter beschikking te stellen.

Wel zal de crisisequipe 2A op de hoogte zijn en toegang hebben tot de noodzakelijke informatie om in geval van crisis bij patiënten op de hoogte te zijn van de contactadressen van de betrokken hulpverleners, en de mogelijke stappen die kunnen worden ondernomen. (contacten, afspraken rond crisis, ...).

- Vorming

Het netwerk biedt regelmatig interne vormingsmomenten aan waarop al de hulpverleners van de mobiele equipes zijn uitgenodigd.

- Uitwisseling van personeel

Het netwerk maakt mogelijk dat de verschillende equipes 2B elkaar kunnen ontmoeten op vormingsdagen en op momenten van uitwisseling. Werken in een netwerk maakt ook mogelijk dat personeelsuitwisseling te organiseren valt.

- Monitoring, evaluatie en verbetering

Een team meet, evalueert en ontwikkelt acties die tot verbetering moet leiden. Het maandelijks overleg met de verantwoordelijken van de verschillende verspreide mobiele equipes moet tevens evalueren en bijsturen.

- Kennis van de andere mobiele equipes.

Als het aanbod niet door één enkele equipe wordt aangeboden en er verschillen bestaan zowel in methodiek als in doelgroep, maakt dat dat de verantwoordelijken van de verschillende mobiele equipes voldoende kennis hebben van elkaars aanbod, werkwijze en doelgroep. Door uitwisseling en kennismaking moet vooral de groep teamverantwoordelijken een goed overzicht hebben van de mogelijkheden op het werkgebied.

- Relaties met andere zorgaanbieders

Binnen het netwerk zijn heel wat instellingen partner die een gedeelte van de ambulante mobiele zorg opnemen voor psychiatrische patiënten. De equipe 2B van Hermes Plus werkt samen en overlegt met deze partners.

Het betreft partners uit allerlei sectoren gaande van de regulier thuiszorg, huisartsen al dan niet in groepspraktijken, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Projecten Psychiatrische Thuiszorg, psychiatrische ziekenhuizen, sociale restaurants, initiatieven voor beschut wonen, Riziv erkende structuren, laagdrempelige initiatieven voor dagbesteding en ontmoeting,

Het aandeel in de langdurige ambulante mobiele zorg voor psychiatrische patiënten is onmisbaar en draagt bij tot stabilisering en integratie.

Bijna alle partners van Hermes Plus zijn in min of meerdere mate betrokken in het aanbieden van zorgen die aanvullend en noodzakelijk zijn om langdurige zorg binnen de gemeenschap te realiseren.

Deze groep zal betrokken worden in de ontwikkeling van het aanbod 2B door informatie en uitwisselingsmomenten. Tevens zal supervisie en vorming beschikbaar zijn door het inschakelen van de partners, die coaching- en

vormingsmodules rond geestelijke gezondheidszorg ontwikkelden. In bijzonderheid wordt hierbij gedacht aan de projecten Psychiatrische Thuiszorg die verschillende vormingsmodules ontwikkelden voor de eerstelijnssector en thuishulpdiensten (sinds 2002). Dit zal gebeuren in overleg met de bestaande projecten of in overleg met de referentiepersoon van de Functie 1.

5.2.4.2.2.4. Kenmerken van de ambulante mobiele langdurige zorg

Binnen Hermes Plus worden voor de langdurige zorg binnen een ambulant kader de volgende kenmerken en criteria vooropgesteld:

- De hulpverlening gebeurt ambulant en mobiel.
- De hulpverlening is multidisciplinair en meerdere hulpverleners zijn betrokken.
- De hulpverlening is goed toegankelijk en beschikbaar.
- De bestaande hulpverlening kan voldoende omgaan met crisissituaties.
- De hulpverlening is proactief.
- De hulpverlening is methodisch georganiseerd.
- In de hulpverlening wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders.
- De hulpverlening verloopt transparant, de patiënt heeft invloed op de zorg.
- De hulpverlening wordt geboden in de nabije woonomgeving van de patiënt.
- De hulpverlening wordt aangeboden zonder door de hulpverlening gestelde tijdslimiet.

Omdat verschillende mobiele equipes verschillende historische achtergronden hebben, zich richten naar verschillende doelgroepen, hiervoor verschillende methodieken ontwikkelden, werden de objectieveerbare kenmerken voor de verschillende werkingen geïnventariseerd aan de hand van een rondvraag bij de partners die zich profileren in de mobiele langdurige psychiatrische zorg.

Deze gegevens werden verwerkt in bijlage 5

5.2.4.2.2.5. Aantal patiënten

- aantal patiënten in begeleiding

Bestaande initiatieven voor mobiele ambulante zorg hebben die partner zijn van het netwerk, hebben nu een groot aantal patiënten in begeleiding en kunnen deze begeleidingen ook verder zetten voor (on) bepaalde tijd. 150 daarvan zijn meer dan 5 jaar in deze vorm van mobiele langdurige begeleiding.

- aantal nieuwe begeleidingen die mogelijk zijn per jaar .

Deze diensten hebben jaarlijks ongeveer 30 nieuwe plaatsen ter beschikking

Zie bijlage 5

5.2.4.3. Functie 3

De functie 3 die de opdrachten rond rehabilitatie, herintegratie en sociale inclusie vervult, lijkt ons van essentieel belang in ons netwerk want ze kan een mogelijke springplank betekenen om de psychiatrie te verlaten. Ze behelst uiteindelijk de belangrijkste doelstelling van al onze partners van het netwerk Hermes Plus. Deze functie is heel ruim; ze wordt op heel expliciete wijze vervuld door de Riziv-conventies van psycho-sociale rehabilitatie (voor dag, nacht en residentieel) maar tevens door heel diverse diensten zoals de CGGZ en DGGZ, de Initiatieven Beschut wonen, de CAW's maar ook door de centra voor crisisonthaal (?ken dit niet echt in NL), de onthaalhuizen en de PVT, al wordt hiervoor geen specifiek budget voorzien.

Brussel heeft sinds geruime tijd een geheel van praktijken ontwikkeld die een alternatief bieden voor de langdurige psychiatrische opnamen in het ziekenhuis. Deze Brusselse realiteit betekent een meerwaarde en is reeds ingebed in de planning van de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg want de rehabilitatie biedt, als één van de stappen naar integratie, de mogelijkheid aan de psychiatrische patiënten om telkens weer opgenomen te worden in een psychiatrische ziekenhuisafdeling.

De rehabilitatie kan zich op heel verscheiden manieren realiseren op het vlak van oriëntatie en intensiteit. Binnen deze functie is een grote flexibiliteit en diversiteit aangewezen teneinde optimaal te beantwoorden aan de behoeften en wensen van personen die zich aan het reïntegreren zijn in onze maatschappij. Meer en meer partners zijn betrokken in dit rehabilitatie- en herintegratieproces. Het is dus uiterst belangrijk dat er een goede samenwerking van de diensten die de patiënt begeleiden ontwikkeld en ondersteund wordt. Het netwerk Hermes Plus beschikt met zijn talrijke partners over heel wat hooggespecialiseerde rehabilitatieprogramma's en dit naast de laagdrempelige

aanloopadressen. De contacten tussen deze partners en een uitbreiding van het aanbod zal binnen het netwerk gestimuleerd worden.

De rehabilitatie is een functie waarin een groot aantal partners van ons netwerk actief maar de manier waarop kan heel verschillend zijn gaande van « heel tijdelijk » (financiering via de Riziv-conventies), tot halflange termijn of langdurig (zoals IBW, PTZ, functie 1 en 2B,...) of nog zonder voorziene einddatum (zoals de PVT's, CAW, Beschutte Werkplaatsen,...). Gemeenschappelijke overlegmomenten zullen opgestart worden om de mogelijkheden van alle betrokken partners te versoepelen en om een meer open beleid en een nauwere samenwerking te bevorderen. Het netwerk gaat als bruggenbouwer fungeren en zal synergiën stimuleren tussen al deze verschillende invalshoeken. Er zullen meer en meer raakvlakken gecreëerd worden bv. met de arbeidssector om zo concrete voorstellen te formuleren voor een betere integratie van de psychiatrische patiënten in de maatschappij. Deze pluridimensionele aanpak zal ons ook verder doen nadenken over wat tekortschiet en wat het verlaten van de psychiatrie in de weg staat. Een aantal pistes werden reeds geëxploreerd tijdens de werkgroepvergaderingen van functie 3 zoals bvb. het versoepelen van de Riziv-conventies om het voorbereidend werk, de doorverwijzing en de mobiliteit van de instelling te bevorderen, het herzien van het wettelijk kader voor zieke of invalide personen die een arbeidsactiviteit willen hervatten, systemen zoals arbeidszorg in Vlaanderen waar de « kwetsbare werknemer » een begeleiding op de werkvloer krijgt, een volwaardige plaats geven aan een dagactiviteit die geen arbeidsdimensie heeft,...

Brussel verdient op dit vlak alleszins een specifieke aandacht omdat de socio-economische situatie de mogelijkheden van een professionele integratie aanzienlijk verkleint.

Het werken in/met een netwerk zal :

- de ontmoetingen tussen de partners bevorderen
- een beter beeld geven van wat éénieder inbrengt en aanbiedt
- het ontdekken van andere realiteiten en werkwijzen via een uitwisseling met de collega's toelaten
- het zoeken naar nieuwe werkwijzen en initiatieven stimuleren.

Binnen het PVT Sanatia wordt er sinds 1 jaar de mogelijkheid aangeboden tot een gepersonaliseerd rehabilitatieprogramma. Er zijn inderdaad meer en meer personen die - ondanks hun jarenlang verblijf in de instelling - activiteiten buitenshuis in de buurt willen ontwikkelen en/of die de stap tot zelfstandig wonen wensen te zetten. In die zin is het belangrijk dat de nodige middelen kunnen vrijgemaakt worden om het PVT-team een zekere mobiliteit te geven om de persoon te ondersteunen bij het zoeken naar externe activiteiten maar vooral om de persoon nog een aantal maanden in het thuismilieu met zijn nieuwe netwerk te kunnen ondersteunen. De huidige wetgeving laat dit spijtig genoeg niet toe.

De functie 3 van het netwerk Hermes Plus, biedt buiten de talrijke RIZIV-conventies een heel gevarieerd aanbod van initiatieven. "Den Terling" is er één van en is een laagdrempelig ontmoetings- en activiteitscentrum voor personen met een langdurige psychiatrisch problematiek. Het centrum is Nederlandstalig maar richt zich naar personen uit het Brussels hoofdstedelijk Gewest. Het centrum fungeert als een clubhuis, waarin bezoekers ook verantwoordelijkheden opnemen; daarnaast is er een gevarieerd aanbod van activiteiten. Door de eenvoudige kennismakingsprocedure blijft Den Terling heel laagdrempelig: er is geen medisch dossier, de focus ligt op herstel en op de mogelijkheden van de persoon als volwaardige burger in onze maatschappij. Op die manier wordt een eigen plek voor deze mensen gecreëerd, die omwille van hun beperking door de psychiatrische problematiek, geen kans zien op een herinschakeling via werk of opleiding. Er ontstaan ter plaatse (en in andere locaties want Den Terling biedt elders ook activiteiten aan) nieuwe sociale verbanden die bijdragen tot de rehabilitatie van de bezoekers. Verschillende IBW (zie bijlage ...) dragen bij tot het voortbestaan van Den Terling door een deel van hun personeel vrij te stellen. Zij stellen zelf ook een aantal activiteiten voor maar stimuleren hun bewoners eerder tot het ontwikkelen van een dagbesteding in de buurt (vrijwilligerswerk, culturele en artistieke activiteiten,...). Een aantal PtZ-projecten zetten in de verf dat zij - door het ontwikkelen van het mobiele aspect in de langdurige zorg (2B)- ook sterk verweven geraakten met talrijke buurtactiviteiten in hun zoektocht naar een optimale integratie van hun doelpubliek in het lokale gebeuren.

Recentelijk heeft vzw CAD-Werklijn (zie bijlage ...) zich als partner toegevoegd en stelt hiermee zijn ervaring met trajectbegeleiding en professionele herintegratie voor personen met een arbeidshandicap ter beschikking van het netwerk Hermes Plus. Het betreft een complexe materie (zowel voor hulpverleners als voor werkzoekenden) en we hopen de positieve gevolgen van dit partnership tot bij de diensten te brengen, die gebruikers hebben die de nodige capaciteiten hebben/kunnen ontwikkelen om het werkmilieu te (her)integreren.

5.2.4.4. Functie 4

5.2.4.4.1. Inleiding

De functie 4 betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is. Voor deze functie ligt het accent op :

- Een snelle opname
- Indicatie- en diagnosestelling
- Een hospitalisatie van korte duur

- Een follow-up na de acute fase.

Twee punten kwamen op de voorgrond :

Het eerste is dat iedere partner dient betrokken te worden bij het denkwerk rond de vraag « hoe onze manier van werken binnen het ziekenhuis veranderen met het oog op meer samenwerking met het netwerk van de patiënt? ». Het is deze innovatie die er toe zal leiden dat de toestroom naar het ziekenhuis vlotter verloopt in de nabije toekomst. En indien een hospitalisatie zich toespitst op een intensieve medische opvang, hoe creëren we dan vervolgens de stabilisatie van de persoon ?

Vanuit dat oogpunt is het noodzakelijk om samenwerkingsverbanden met alle andere functies - en meer specifiek met de functie 2 gezien zij de missing link was tot op heden- te creëren en te verstevigen.

Het tweede punt draait om het benoemen van alle situaties **waarin een hospitalisatie niet uitgesloten kan worden**. Deze lijst dient in overleg met alle betrokken en ervaren partners opgemaakt te worden.

Deze lijst is uiteraard niet beperkt en bevat onder andere:

- Een acute delirante opstoot,
- Sommige maniacale crisissen (zoals de eerste waarbij de persoon nog geen besef heeft dat de crisis zich aankondigt),
- Ernstige zelfmoordpogingen,
- Acute melancholische crisissen,
- Ontwenning van drugs of alcohol

Er zal gedurende de volgende maanden een denktank gecreëerd worden met onze partners van de ziekenhuissector. Een aanzet in dit denkwerk leidde ons tot het idee dat er buiten de psychiatrische urgentiediensten, andere plekken dienen gecreëerd te worden waar de persoon in crisis tijd en ruimte krijgt om tot zichzelf en tot rust te komen. Dit type opvang (zoals reeds eerder beschreven in functien 2A) zou waarschijnlijk financieel minder belastend zijn.

Dit neemt echter niet weg dat de voorkeur van een groot deel van de bevolking - in een crisismoment - uitgaat naar de urgentiedienst van een ziekenhuis en niet naar een DGGZ.

Het zal tijd en inspanning vragen om deze zienswijze te veranderen maar de voordelen van een alternatief, meer ingebed type crisisopvang, lijken overtuigend (zie deel 2A hogerop).

De vraag naar crisisopvang zou met andere woorden stilaan elders dienen te gebeuren dan in de ziekenhuissetting.

5.2.4.4.2. De daghospitalen als een alternatief voor de ziekenhuisopname :

Het verschil tussen de daghospitalen in het Brusselse zorglandschap zijn opmerkelijk. Een aantal bevinden zich echt op de site van het ziekenhuis, anderen spitsen zich meer toe op de nazorg en de stabiliseringsfase na de ziekenhuisopname. Door de vraag te stellen aan onze partners, zullen we hierover een duidelijker beeld krijgen.

5.2.4.4.3. Ziekenhuisopname en diagnosestelling

Het netwerk Hermes Plus vindt dat de diensten van algemene psychiatrie helemaal hun plaats hebben wat de diagnosestelling betreft. Ze hoeven zich niet persé te specialiseren maar kunnen natuurlijk wel beroep doen op partners die bvb. een dienst hebben ontwikkeld voor psycho-geriatrie of voor dubbeldiagnose (bvb. middelengebruik/psychose). We moeten echter waakzaam blijven en niet vervallen in « gesloten zorgcircuits » die als bedreigend kunnen ervaren worden.

De patiënten moeten over de nodige bewegingsvrijheid beschikken in hun zorgtraject en het recht behouden om een doorverwijzing naar één of andere instelling te weigeren. Het gaat om het creëren van netwerken en niet om het uitstippelen van rechtlijnige circuits. Het gaat om mogelijke trajecten, die kunnen variëren en die geen vastgepinde samenwerkingen impliceren.

Deze zorgnetwerken hebben een sociale, wijkgerichte en culturele dimensie binnen de hervorming van de GGZ en overstijgen hiermee het feit van enkel maar op de zorgcomponent binnen de GGZ gericht te zijn.

De functie van crisisopname in het ziekenhuis zal worden opgenomen door verschillende ziekenhuispartners van het project. Sanatia kan via zijn dienst « vooropname » en de mogelijkheid om binnen korte termijn psychiatrische consultaties te bieden, de verbinding maken met het netwerk. Tevens biedt het ziekenhuis opname voor patiënten waarvoor opname aangewezen is. We gaan er van uit dat een beslissing tot psychiatrische opname met de nodige voorzichtigheid en verantwoordelijkheid dient genomen te worden. Binnen het netwerk zal verder gezocht worden naar relevante criteria om een opname te motiveren. We menen dat de multidisciplinaire aanpak tijdens de

hospitalisatie (psychologen, psychiaters, ergotherapeuten,...) nodig is en de garantie biedt om de best mogelijke resultaten te halen.

5.2.4.5. Functie 5

Een algemene vaststelling binnen de functie 5 Hermes Plus is niet zozeer dat het project zich moet richten tot het ontwikkelen van nieuwe (onbestaande) structuren maar zich eerder moet toeleggen op het ontwikkelen van netwerken en samenwerkingsverbanden alsook het mobiliseren van bestaande initiatieven door hun potentieel verder te gaan exploiteren. Men kan dus stellen dat het netwerk als een soort van collectieve instelling zal gaan functioneren.

De verschillende partners wensen de aandacht te vestigen op volgende punten:

- Verschillende instellingen waaronder de onthaalhuizen alsook de niet-erkende privé structuren geven aan dat, ondanks hun grote turn-over en het feit laagdrempelig onderdak te kunnen bieden aan een groot aantal personen er een gebrek is binnen hun instellingen aan kennis wat betreft het omgaan met personen met een psychiatrische problematiek. Anderzijds zijn er de Initiatieven voor Beschut Wonen met in vergelijking een lagere onthaalcapaciteit en turn-over maar met de mogelijkheid tot een langer verblijf in een aangepast kader met de nodige kennis en know-how.
- De residentiele instellingen met betrekking tot psychiatrische zorg zijn tot de vaststelling gekomen dat daar waar ze in het verleden meer het accent legden op het effectieve verblijf en de zorg voor hun patiënten binnen de instelling ze evenwel het accent moeten gaan leggen op het uitwerken van de toekomstige noden en zorg van de patient na zijn verblijf binnen hun instelling (indien mogelijk). Dit impliceert het opzetten van individuele rehabilitatieprojecten tijdens het verblijf alsook het opstarten en uitbouwen van de toekomstige ambulante zorg.
- Een groot aantal Initiatieven voor Beschut Wonen zet vaak op niet erkende wijze zijn begeleidingen verder, ook nadat de patient het erkende bed heeft verlaten en zijn autonomie heeft hernomen. Dit wordt vaak mede mogelijk gemaakt door een nauwe samenwerking met de thuiszorgsector.
- Het merendeel van de partners houdt eraan de aandacht te vestigen op de gebrekkige middelen die voorradig zijn als het gaat om de functie Wonen in Brussel (te dure huurprijzen op de privémarkt, wachtlijsten binnen de sociale woningmaatschappijen van om en bij de 10 jaar, ontoereikende kennis van zijn doelpubliek vanwege het personeel binnen de sociaal verhuurkantoren,...). Vertrekkende van deze knelpunten hebben een aantal instellingen er reeds voor geopteerd officiële samenwerkingsakkoorden op te stellen met de sociale woningmaatschappijen.

We stellen vast dat het merendeel van onze partners reeds, hetzij beperkt, begripen als mobiliteit van personeel en het belang van networking binnen hun praktijk hebben geïntegreerd, maar tot op heden vaak op niet erkende / informele wijze.

Zoals beoogt door het project Hermes Plus zal de mobiliteit van de équipes en diens onderlinge samenwerking het doorstromen van zijn doelpubliek bevorderen en dit door rekening te houden met de verschillende fasen binnen het leven van de patient alsook door de continuïteit van de zorg te garanderen rekening houdend met de vertrouwensrelaties die de patient door de jaren heen met zijn zorgverstrekkers heeft opgebouwd. Dit impliceert dat de organisatie van het netwerk een transparante vorm van begeleiden en circuleren moet toelaten in tegenstelling tot een vorm van “rondzwerven” binnen de zorgsector.

We kunnen besluiten dat enerzijds het opwaarderen en erkennen van de bestaande initiatieven (in zijn verschillende vormen) een noodzaak is en er anderzijds op structurele wijze samenwerkingsverbanden moeten ontwikkeld worden tussen de verschillende instellingen die bedden /woningen ter beschikking stellen en dit alles met de garantie dat er een professionele begeleiding wordt ingezet.

5.2.4.6. Contact met de gebruikers en de familieleden.

5.2.4.6.1. De gebruikers

Het uitgangspunt van Hermes Plus is dat hulpverleners de vertrouwenspersonen zijn van de patiënten en dat gebruikers de eerste betrokkenen zijn in het aangeven van ervaren knelpunten in de geboden zorg. Het ontbreekt deze personen niet aan ervaring over de hen geboden zorg, wel hebben ze zelden de mogelijkheid om de ervaring te

delen op plaatsen die voldoende mandaat hebben om de knelpunten om te zetten in acties die moeten leiden tot verbetering.

Het netwerk is met enkele laagdrempelige structuren binnen het netwerk Hermes Plus overeengekomen om jaarlijks gebruikers van de zorg op een gestructureerde manier samen te brengen rond ervaren knelpunten in de zorg. Methodisch wordt hiervoor teruggegrepen naar de methodiek van Collectief Overleg (Les Collectifs de Réflexion) cfr. “Les Collectifs de réflexion d’usagers du Gué (1992 – 2002) “

Jaarlijks zullen deze laagdrempelige dagstructuren of aanloopadressen (le Gué, Den Teirling, L’Autre Lieu, Den Teirling Noord West, Sanaclub, Bij Ons vzw,...) gesprekken organiseren rond één thema dat aansluit met de ervaren psychiatrische zorg. Dit “Collectief Overleg” loopt over meerdere sessies en wordt afgesloten met een “product” (publicatie, tekst, toneelstuk, folder,) dat het resultaat is van de gesprekken of de acties. Dit “product” kan worden voorgesteld aan anderen.

Dit product van de overlegtafels zal jaarlijks worden voorgelegd en/of voorgesteld aan alle partners van het netwerk. Dit product zal ook door de referentiepersonen geconcretiseerd worden in het netwerk. Het kan ook als “jaarthema” van het netwerk voorop worden gesteld. Een jaarthema dient om partners te sensibiliseren voor de genoemde kritische aspecten die door de gebruikers werden ervaren in de zorg. Een jaarthema moet leiden tot concrete acties die tot verbetering van de kwaliteit van de zorg leiden.

We menen dat we op deze manier via gesprekstechniek en/of animatie aansluiting vinden bij wat – ook minder verbale of minder extraverte – patiënten ondervinden als moeilijkheden in de psychiatrische zorg.

5.2.4.6.2. De familieleden

Familieleden dienen – waar mogelijk - in de zorg te worden betrokken. Dit systemisch uitgangspunt wordt in het netwerk geconcretiseerd zowel in meerdere outreachende activiteiten van partners van het netwerk als in de overlegmethodiek die door meerdere partners wordt beoefend. Hierbij worden familieleden uitgenodigd en wordt er verwacht dat zij - in het kader van de zorg voor hun familieleden – hieraan deelnemen.

Familieleden hebben geen plaats in de organisatie van de zorg.

Zij moeten wel – net als patiënten - geconsulteerd worden rond hun ervaringen met de activiteiten van het netwerk. De ervaringen van familieleden zullen, via dezelfde methodiek van het “Collectief Overleg “ en door dezelfde mediërende partners van het netwerk, hun bijdrage kunnen leveren tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het Collectief Overleg voor familieleden wordt apart georganiseerd van het overleg van de patiënten.

5.2.4.6.3. De groeperingen van gebruikers en van familieleden

Groeperingen en verenigingen van familieleden of van gebruikers zijn evenzeer een belangrijke en bron van informatie, feedback, en suggesties. Ze zullen eveneens door het netwerk worden uitgenodigd om jaarlijks deel te nemen aan een Collectief Overleg dat specifiek voor deze groepen wordt georganiseerd door Hermes Plus vertegenwoordigers. Ook deze overlegsessies zullen worden geleid door de partners van Hermes Plus die in laagdrempelige structuren in contact staan met de patiënten. (le Gué, Den Teirling, L’Autre Lieu, Den Teirling Noord-West, Sanaclub, Bij ons vzw,)

De groep van referentiepersonen is verantwoordelijk voor het organiseren van dit Collectief Overleg. Het is een element van de kwaliteitsmeting.

5.2.4.7. Werken op de onderlinge relaties

Een netwerk creëren om de zorg meer ambulant te maken wordt geconcretiseerd op verschillende niveaus en op verschillende wijzen. Dit heeft zowel te maken met cliëntspecifieke als met organisatiespecifieke elementen. Verschillende diensten hebben op verschillende niveaus ervaring en praktijk.

Het volstaat niet om een groot aantal instellingen en organisaties te hebben in een netwerk. Een netwerk bestaat maar omdat er relaties zijn tussen de verschillend hulpverleners uit verschillende diensten. Deze samenwerkingsrelaties zullen op verschillende vlakken gefaciliteerd, aangegaan of verbeterd worden.

5.2.4.7.1. Samenwerkingsprotocollen

Deze samenwerkingsprotocollen bieden een basis waarop de meeste transmurale activiteiten kunnen georganiseerd worden. De protocollen moeten ertoe leiden dat de samenwerking structureel geregeld is. De te ontwikkelen protocollen dienen zowel de instroom als de uitstroom te beschrijven en te sturen. Goede protocollen moeten er toe leiden dat patiënten niet langer dan nodig in niet-aangepaste zorg zitten. Protocollen structureren de dagdagelijkse samenwerking.

In deze protocollen zal gezocht worden naar regelmatige transversale contacten waarbij zowel elektronische (via conference call) als fysieke contacten ter beschikking staan (vast deelnemen aan elkaars teambespreking bij verwijzing, ...).

De bestaande samenwerkingsprotocollen tussen instellingen (PAAZ-diensten, CGGZ, Samenwerkingsverband Beschut Wonen, Samenwerkingsverband Psychiatrische Thuiszorg,...) zullen geëvalueerd worden en eventueel kunnen aangepast worden aan de doelstellingen van het project.

De samenwerkingsprotocollen zullen ook uitgewerkt worden tussen andere “partners in de zorg” . Binnen Hermes Plus is het aangewezen om andere relaties te formaliseren. Er zijn voorbeelden van deze goede praktijken bij de partners van dit netwerk (bv. tussen Sociale Huisvestingsmaatschappijen en Beschut wonen, tussen de CAW's en de CGGZ's,...).

5.2.4.7.2. Samenwerking en uitwisseling

Samenwerking binnen de sector van de gezondheidszorg gebeurt dikwijls op basis van “elkaar kennen” . De verschillende “sociale kaarten” staan tegenover de vaststelling dat binnen de sector het element “de andere hulpverlener te (kunnen) kennen” bepaalt “hoe en naar wie er verwezen wordt”. Brussel kende vroeger verschillende vroeger initiatieven op dit gebied. Het is een mogelijkheid om via wederzijdse stages kennis te maken met de praktijk van zorgverleners die in andere structuren actief zijn.

5.2.4.7.3. Specifieke doelgroepen

Specifieke doelgroepen vragen om specifiek aangepaste afspraken, specifieke methodieken en aangepaste structuren (zoals Smes,Diogenes, Hermes,...). Het netwerk heeft via zijn partners en door zijn territoriale inplanting contact met zeer specifieke doelgroepen. Voor deze verschillende groepen bestaan verschillende goed functionerende - dikwijls tijdsintensieve – begeleidings- en overlegvormen of netwerken.

De methodieken zullen aangeboden worden als vorming en zullen zodoende gedeeld worden met andere netwerken om zo verder ontwikkeld of uitgediept te worden. Dit moet bijdragen tot een grotere sensitiviteit voor de verschillende behoeften die psychiatrische patiënten stellen.

5.2.4.7.4. Referentiepersonen

Referentiepersonen (zie hoger) kunnen ingezet worden als de samenwerkingsakkoorden niet volstaan voor de cliënt of voor de betreffende doelgroep.

5.2.4.7.5. Brugfuncties

Brugfuncties tussen organisaties kunnen ontwikkeld worden door partners indien de doelgroep of de aard van de structuur dit nodig maakt. De samenwerking kan op die wijze tegemoet komen aan bijzondere noden. Ze kunnen op verschillende manieren ontwikkeld worden.

5.2.4.7.6.Vorming

Vorming van hulpverleners , hetzij mensen die oriënteren , en het verder ontwikkelen van het concept “referentiepersonen”....

Voor de functie “vorming” wordt binnen de werkmiddelen een budget gereserveerd. Het netwerk kan ook gebruik maken van de kennis en de ervaring die opgedaan werd in het TP Hermes. Gedurende de looptijd van het TP werden referentiepersonen opgeleid. Er bestaat nog steeds een trimestriële intervisie van de groep referentiepersonen. Deze kennis en ervaring kan ook gedeeld of aangeboden worden aan andere netwerken.

5.2.4.7.7. Informatie:

Een goed netwerk heeft de mogelijkheden tot samenwerking “on-line” ter beschikking van de hulpverleners. Dit moet zowel het verwijzen vereenvoudigen als versnellen.

5.3 Nieuwe rollen

De nieuwe rollen werden hoger in het document uitgewerkt en benoemd. De instrumenten voor de communicatie en kwaliteitsmonitoring over het netwerk Hermes Plus zal gebeuren door middel van website, folders en brochures.

5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Het netwerk kan zijn bijdrage leveren in zorgplannen die in de eerste plaats meerdere hulpverleners op elkaar betrekken rond de patiënt (transversale zorgplannen). Voor de andere zorgplannen, blijven individuele aanbieders zelf verantwoordelijk.

Verskillende initiatieven voor het delen van dossiergegevens zijn momenteel in ontwikkeling (aangepast zorgplan voor de GGZ, polymédisch, RAIL,...) Het netwerk zal het meest performante systeem gebruiken om de samenwerking met partners te optimaliseren.

Het netwerk zal uitklaren op welke manier transversale zorgplannen kunnen worden ontwikkeld samen en in overleg met de patiënt.

Transversale zorgplannen zullen slechts ontwikkeld worden als de patiënt hiervoor uitdrukkelijk zijn akkoord geeft (cfr. het akkoord van de patiënt – Therapeutische Project Hermes). Transversale zorgplannen zullen schriftelijk gecommuniceerd worden met de deelnemers met name de betrokken hulpverleners en de patiënt (cfr. TP Hermes). Ze worden in het transversaal zorgoverleg opgevolgd en geëvalueerd.

De onderlinge communicatie over patiënten, zal op de meest efficiënte manier die gebeuren zodat de privacy van de cliënt maximaal beschermd wordt. Respect voor de privacy van de patiënt primeert hierbij op snelheid en efficiëntie van de technische hulpmiddelen.

Belangrijke elementen van deze onderlingen communicatie over patiënten dienen verder ontwikkeld te worden.

5.5 Management- en bestuursmodel

Het gekozen bestuurlijk model is een niet-piramidaal model en bijgevolg een model waarin partners zoveel mogelijk betrokken en geresponsabiliseerd worden.

Deelnemende partners die de samenwerking willen ontwikkelen kunnen dit. Vertegenwoordigende partners kunnen hier evenzeer aan meewerken en zijn verantwoordelijk. Dit moet leiden tot een breed gedragen samenwerking, waarbij “kleine spelers” evenzeer kunnen bijdragen en verantwoordelijkheid opnemen als “grote spelers”.

Dit model heeft zijn performantie bewezen in het TP Hermes en er is dan ook geen enkele reden om dit model te wijzigen

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering



Op 1 april 2011 werden 2 netwerkcoördinatrices aangeworven door de twee promotoren. Zij hebben vergaderingen per functie georganiseerd en hierdoor werd de dialoog met de geïnteresseerde partners terug opgenomen. Met een aantal partners wordt verder onderhandeld over hun deelname (SSM Anaïs, L'Autre Lieu).

De fase van het uitwerken van samenwerkingsovereenkomsten moet nog verder gezet worden zodat samenwerkingen verduidelijkt en geformaliseerd worden alvorens de nieuwe structuren van start gaan. Hermes plus

wil vooral de onderlinge relaties tussen de partners verder bevorderen. □ De werkgroepen per functie en ook het transversaal overleg over gemeenschappelijke thema's zullen geleid worden door de referentiepersonen bijgestaan door de netwerkcoördinatoren. □ De eerste belangrijke partners die zullen gecontacteerd worden i.v.m. de continuïteit van de zorgen zijn:

- - de relatie tussen het netwerk en de huisartsen
- de relatie tussen de residentiële sector (onthaalsector en ziekenhuizen) en de ambulante sector (CGG's, CAW en thuiszorg)

□ □ Volgende fasen:

Andere partners die de zorgcontinuïteit mee vorm geven, zullen samengebracht worden en dit voor alle functies. Partners kunnen hiertoe ook zelf het initiatief nemen en kunnen hiervoor beroep doen op de netwerk-coördinatoren.

Er zal verder gewerkt worden om de kennis van het werkingsgebied verder te vergroten op het vlak van cultuur, arbeid, justitie, sociaal enz...

6.2 Risico management

Rond het vormen van netwerkkennis is inmiddels al heel wat know-how opgebouwd door de initiatiefnemers.

De netwerken rond psychiatrische patiënten in de thuissituatie (Lila, ,Prisme Nord-Ouest, PsyCoT), waarbij de eerste ervaringen werden opgedaan met het creëren van virtuele équipes en samenwerking over grenzen en sectoren heen, vormen voor velen de eerste ervaringen met het gestructureerd samenwerken.

Belangrijke positieve en negatieve ervaringen rond het creëren en in stand houden van een performant netwerk werden opgedaan in de verschillende "Therapeutische Projecten" waaraan werd deelgenomen door meerdere partners. De ervaringen in het Therapeutisch Project Hermes vormen de basis van het huidige voorstel van structurering en organisatie van het project "Hermes Plus".

Verschillend met de vorige ervaringen is de grootte van het netwerk. De doelgroep is groter en meer gediversifieerd. De methodieken zijn meer gevarieerd en de verwachtingen zijn groter. Het is ook daarom dat de initiatiefnemers zoveel mogelijk vanuit de opgedane ervaringen het netwerk willen verder ontwikkelen.

Het is vanuit deze ervaringen dat we de volgende zwakke punten kennen en risico's willen vermijden:

-Het netwerk zal niet "toegekend" worden aan één partner. Het risico is dan te groot dat - éénmaal de "erkenning" binnen - de partners worden bedankt. Het netwerk wordt daarom geleid door velen.

-De politieke onzekerheid in Brussel heeft zijn invloed op de organisatie van de zorg. Het netwerk ondervangt dit door zijn verantwoordelijke partners uit de verschillende erkennende gemeenschappen samen te brengen op een manier dat geen enkele "gemeenschap" iets kan ondernemen zonder de anderen te betrekken.

-Een netwerk mag niet te traag functioneren. Dit is waarschijnlijk de grootste uitdaging. Momenteel hebben we geen zicht op de reële "workload" die ontstaat als functies en diensten meer op elkaar worden afgestemd en op elkaar worden betrokken. Het gegeven, dat er heel wat middelen beschikbaar worden gesteld die in het netwerk zullen besteed worden aan de ontwikkeling van het netwerk, maakt dat het netwerk niet slechts afhankelijk is van good-will en vrijwilligerswerk.

-Een netwerk mag niet gebaseerd zijn op enkel vrijwillig engagement. Verschillend van de vorige netwerken, zal dit het netwerk Hermes Plus "geprofessionaliseerd" zijn. Enerzijds omdat een belangrijk pakket middelen ingezet wordt als "lonen". Anderzijds omdat een ander pakket wordt omgezet in financiële middelen, waarmee partners die tijd en middelen ter beschikking stellen van het netwerk, ook billijk betaald kunnen worden. Geld is niet alles, maar zonder kan je dit soort werk niet realiseren..

De sterkte kanten van het netwerk zijn:

-Het netwerk weet dat bekendmaking, betrouwbaarheid, kwaliteit, ... de elementen zijn waar de zinvolheid van het netwerk wordt mee geëvalueerd. We kunnen ons daarvan maar al te zeer bewust zijn en op de te verwachten problemen anticiperen en verder de onverwachte moeilijkheden oplossen.

- Het netwerk weet dat het een sterkte is dat het toegankelijk is voor partners uit het ganse werkveld.

Het maakt geen onderscheid tussen patiënten van deelnemende of niet deelnemende partners.

7. Financiering en middelenallocatie

7.1. Uitgangspunten

Wat de financiering betreft van het project wordt van de volgende principes uitgegaan.

De initiatiefnemende ziekenhuispartner van het netwerk Hermes Plus kan noch A-bedden, noch T-bedden bevriezen, gezien de onderprogrammatie van het aantal bedden in Brussel. De bestaande bedden zijn noodzakelijk en worden ter beschikking gesteld door de ziekenhuispartner aan het netwerk (functie 4).

Het ontbreken van bijkomende financiële middelen vanuit het bevriezen van bedden is daarentegen gecompenseerd door het ter beschikking stellen van bestaande middelen door meerdere partners van het netwerk. Deze middelen worden ingezet voor het functioneren van de mobiele equipes en voor het organiseren van het netwerk.

7.2. Toegezegde middelen

7.1.1. Vanuit de Federale middelen kan maximaal 100.000 € besteed worden aan de coördinatie van het project. De overige 400.000 € zal besteed worden aan het uitbouwen van de ontbrekende functies.

7.1.2. Hermes Plus doet beroep op bijkomende middelen van de ambulante sector.

Om te vereenvoudigen werden de FTE's omgerekend naar een gemiddelde van 50.000 euro.

7.1.3. Bijkomende middelen via andere partners zijn niet uitgesloten; de onderhandeling daarover zijn momenteel niet rond.

7.1.4. Budget Hermes Plus

Het voorstel van budget en de besteding ervan ziet er als volgt uit:

I. Ontwikkeling van het netwerk:

1. Coördinatie Hermes plus

Federale middelen Projectcoördinatie

Projectcoördinator 1FTE	70.000
Projectcoördinatie	30.000

Ambulante middelen

1 FTE omgerekend	50.000
------------------	--------

Totaal beschikbaar budget projectcoördinatie: **70.000 + 30.000 + 50.000 = 150.000 €**

2. Infrastructuur en middelen

Huur	25.000
Communicatie – werking- middelen	15.000

Mobiliteit	10.000	
Totaal infrastructuur en middelen		25.000 + 15.000 + 10.000 = 50.000 €

II. Mobiele equipe + vorming en afstemming tussen de 5 functies

1. Mobiele equipe:

Federale middelen:

Beschikbaar budget	350.000
--------------------	---------

Middelen beschikbaar gesteld door ambulante partners

11 FTE omgezet	550.000
----------------	---------

Middelen vanuit Therapeutisch Project 71 Hermes

Vorming mobiele equipe	25.000
------------------------	--------

Totaal beschikbaar budget voor de op te richten functies:

$$350.000 + 550.000 + 25.000 = 925.000 \text{ €}$$

III. Medische verantwoordelijkheid

Federale middelen	225.000 €
-------------------	-----------

Totaal beschikbaar budget voor de medische verantwoordelijkheid	225.000 €
--	------------------

IV. Onderzoek

Middelen beschikbaar gesteld door Therapeutisch Project 71 Hermes	25.000 €
--	-----------------

Totaal

Totaal beschikbaar budget voor het coördineren van het project	150.000 €
--	-----------

Infrastructuur en middelen	50.000 €
----------------------------	----------

Totale middelen voor de mobiele equipe	925.000 €
--	-----------

Totale middelen voor de medische verantwoordelijkheid	225.000 €
---	-----------

Totale middelen voor onderzoek	25.000 €
--------------------------------	----------

<u>Totaal beschikbare middelen voor project Hermes Plus</u>	<u>1.375.000 €</u>
--	---------------------------

Distribution des moyens mis en place

Middelen beschikbaar gesteld door FOD	Middelen beschikbaar gesteld door ambulante partners	Middelen beschikbaar gesteld door Therapeutisch Project 71 Hermes
725.000	600.000	50.000

Bestemd voor	Inkomsten	Uitgaven	
Coördinatie	70 000,00	-70 000,00	FOD
Detachering vanuit instellingen	30 000,00	-30 000,00	FOD
Referentiepersonen per functie	50 000,00	-50 000,00	Ambulant
Mobiele equipe	350 000,00	-350 000,00	FOD
Mobiele equipe	550 000,00	-550 000,00	Ambulant
Vorming	25 000,00	-25 000,00	hermes 71
Medische verantwoordelijkheid	225 000,00	-225 000,00	FOD
Onderzoek	25 000,00	-25 000,00	hermes 71
Huur	25 000,00	-25 000,00	FOD
Administratiekosten	15 000,00	-15 000,00	FOD
Verplaatsingskosten	10 000,00	-10 000,00	FOD
	1 375 000,00	-1 375 000,00	

Financieringsbron		
Federale overheid	725 000,00	
Ambulante sector	600 000,00	
Hermes 71	50 000,00	
Total federale overheid	725 000,00	
Total partners	650 000,00	
Totaal	1 375 000,00	

Naar aanleiding van de laatste opmerkingen van de jury zijn er geen financiële middelen meer voorzien welke de ziekenhuispartner wilde inbrengen.

Toch blijven we overtuigd dat binnen de algemene gedachtengang van het project het creëren van een crisiscentrum voor psycho-sociale hulp een onontbeerlijk onderdeel vormt dat moet bijdragen tot het voorkomen van onnodig opnames in een psychiatrisch ziekenhuis.

7. De mate waarin het projectvoorstel met het personeel van elke betrokken partner is besproken.

De bespreking met de betrokken personeelsleden verschilt sterk van organisatie tot organisatie. Globaal genomen kunnen we ervan uitgaan dat personeelsleden op de hoogte zijn voor wat betreft de stand van zaken. Vermits de toekomst voor projecten afhangt van hun erkenning, is het te begrijpen dat personeelsleden niet verder zijn geïnformeerd dan over die informatie, die zeker is.

8. De mate waarin het projectvoorstel is besproken met het/de overlegplatform(s) voor geestelijke gezondheidszorg wiens werkingsgebied samenvalt of overlapt met het werkingsgebied van het projectvoorstel

Het project Hermes Plus heeft deelgenomen aan alle vergaderingen die door het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Brussel Hoofdstad werden ingericht.

Bijlagen

Bijlage 1: kaarten

Bijlage 2: partners

Bijlage 3: Bibliografie

Bijlage 4: Tevredenheidsonderzoek Lucas

Bijlage 5: vragenlijst functie 1

Bijlage 6: Verwerking gegevens functie 2B

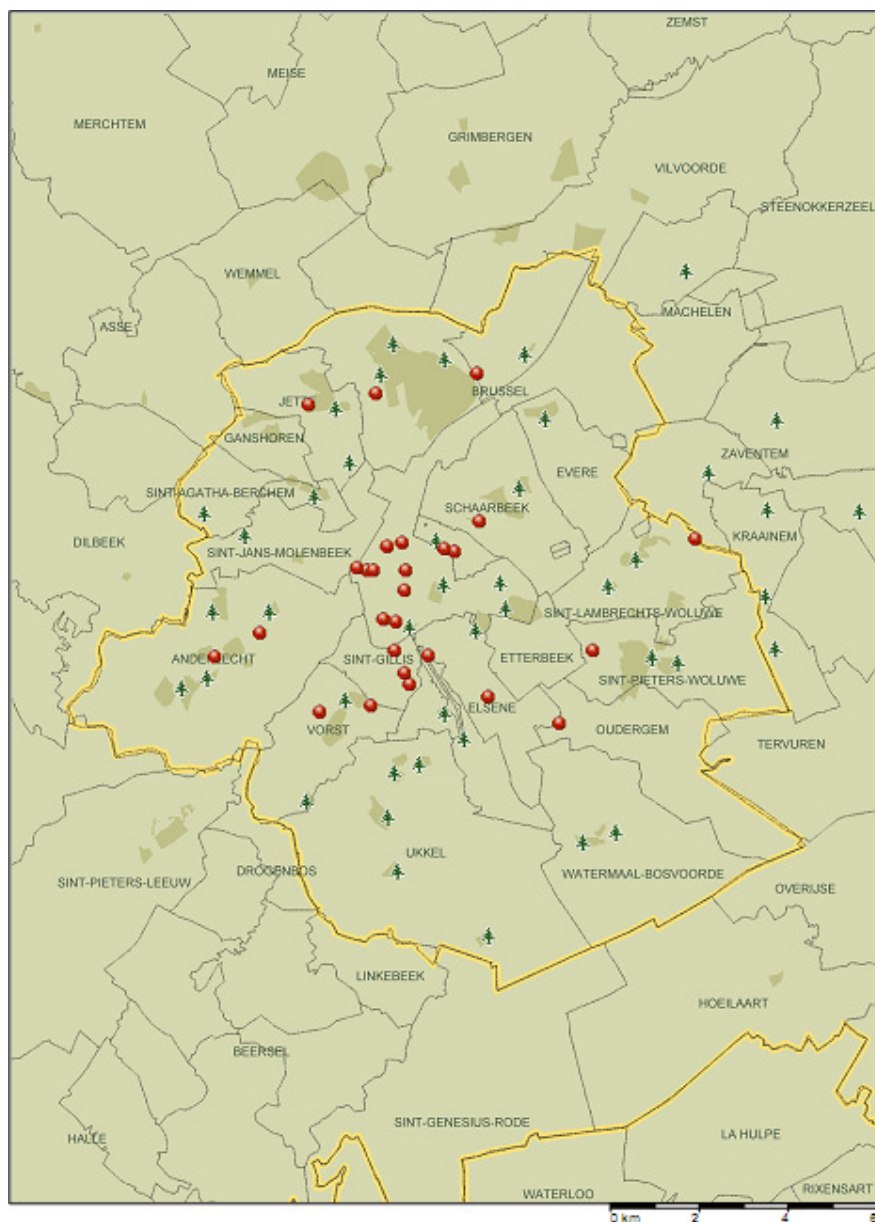
Bijlage 7: vragenlijst functie 5

Bijlage 8: Outreachend werken met Medisch Huis Medicuregem

Bijlage 9: Outreachend werken rond verslaving

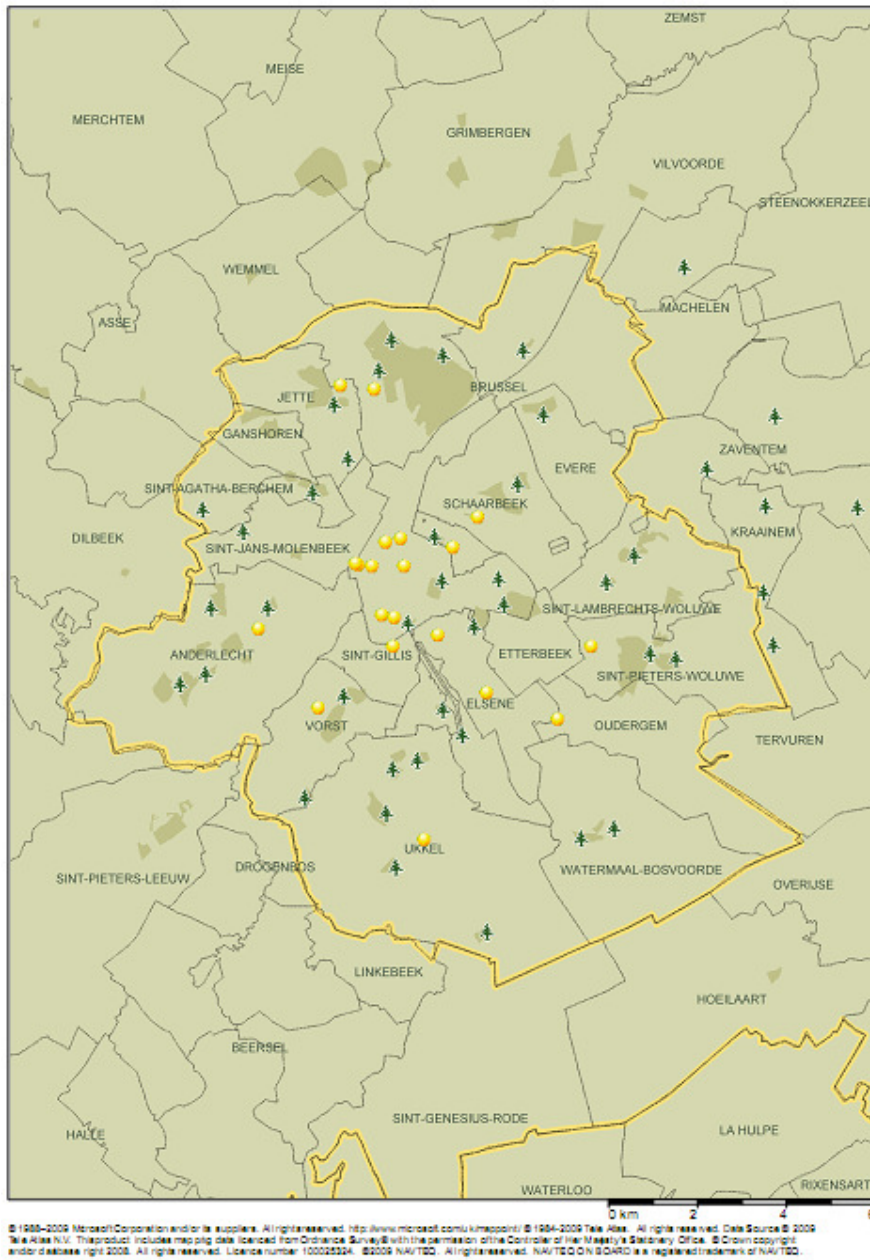
Bijlage 1 kaarten

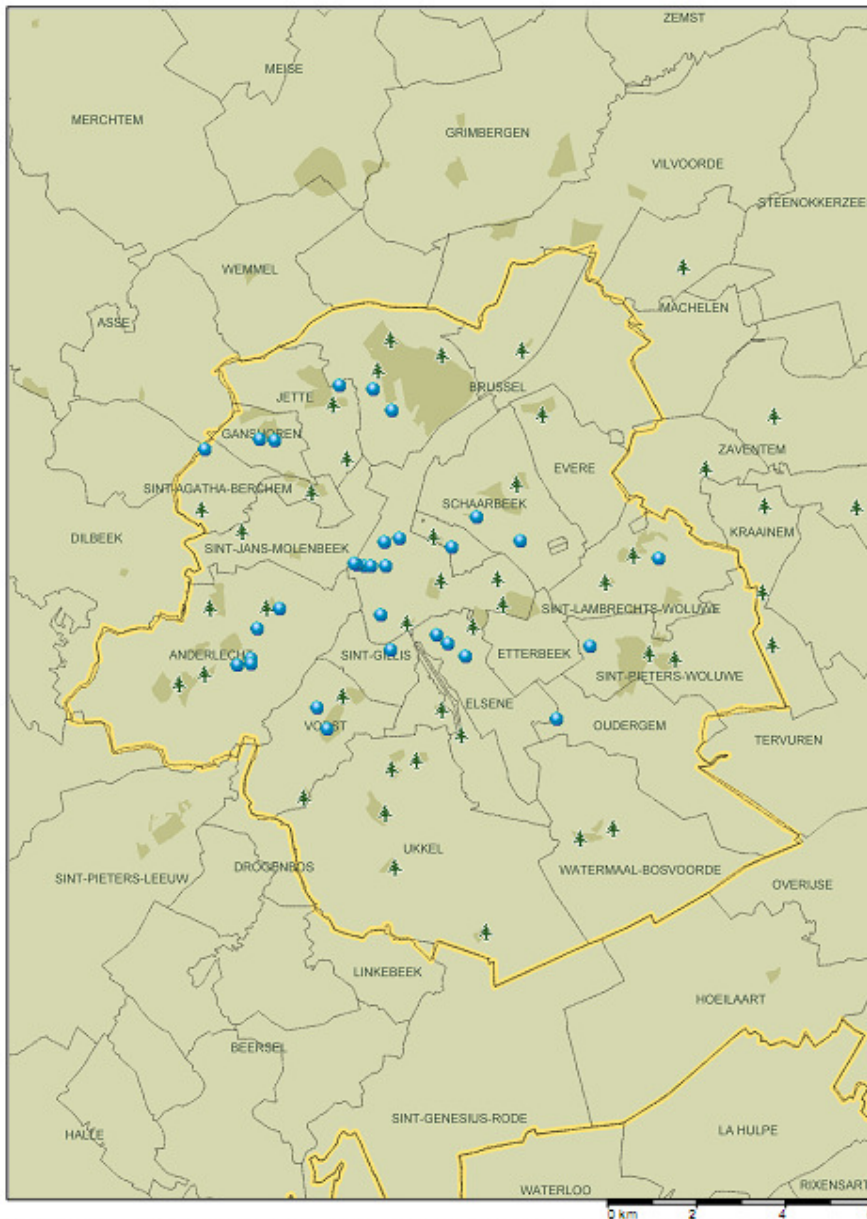
Functie 1 – Fonction 1



© 1998-2009 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved. <http://www.microsoft.com/maps/> © 1998-2009 Tele Atlas. All rights reserved. Data Source © 2009 Tele Atlas N.V. This product includes map data licensed from Ordnance Survey with the permission of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown copyright and/or database right 2008. All rights reserved. Licence number 100025324. © 2009 NAVTEQ. All rights reserved. NAVTEQ ON BOARD is a registered trademark of NAVTEQ.

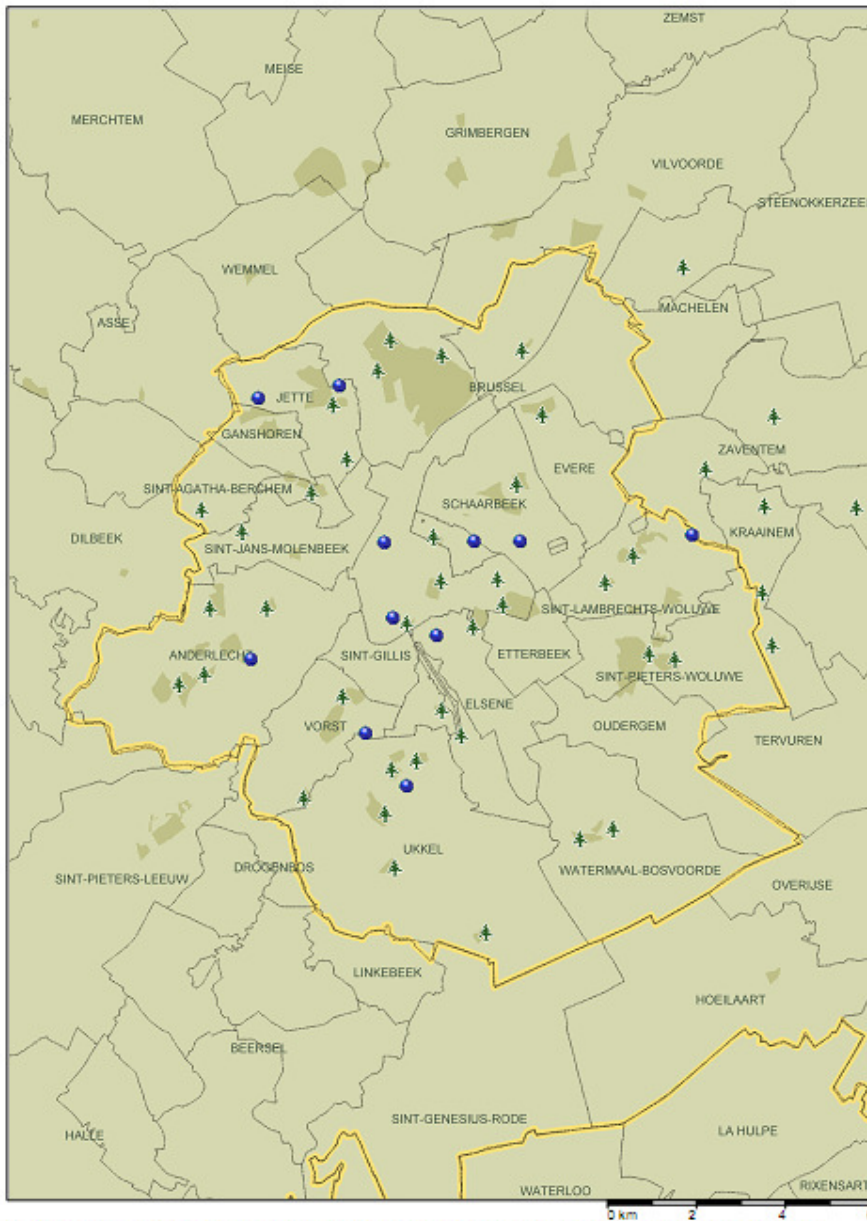
Functie 2a – fonction 2a





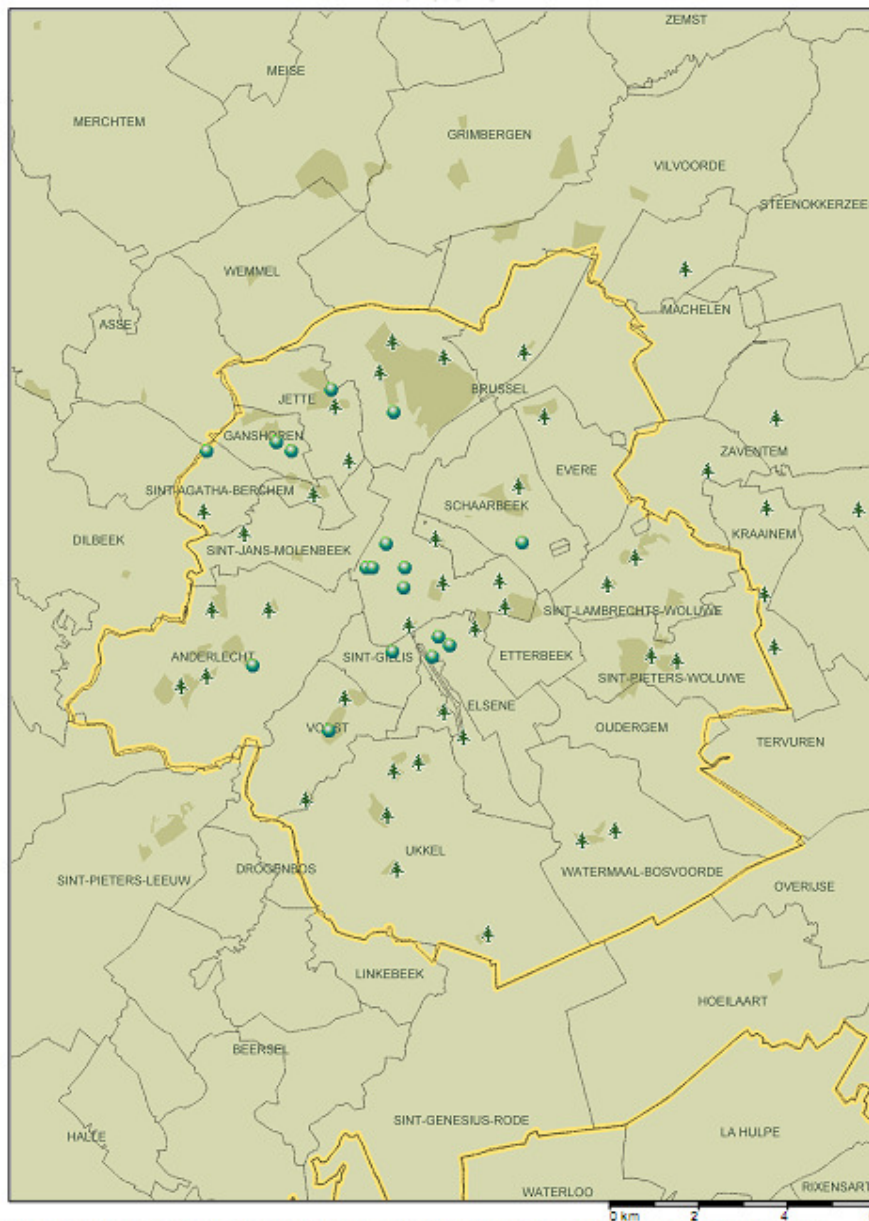
© 1998–2009 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved. <http://www.microsoft.com/maps/> © 1998–2009 Tele Atlas. All rights reserved. Data Source © 2009 Tele Atlas NV. This product includes mapping data licensed from Ordnance Survey with the permission of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown copyright and/or database right 2008. All rights reserved. Licence number 100025334. © 2009 NAVTEQ. All rights reserved. NAVTEQ QON SOHO is a registered trademark of NAVTEQ.

Functie 3 – fonction 3



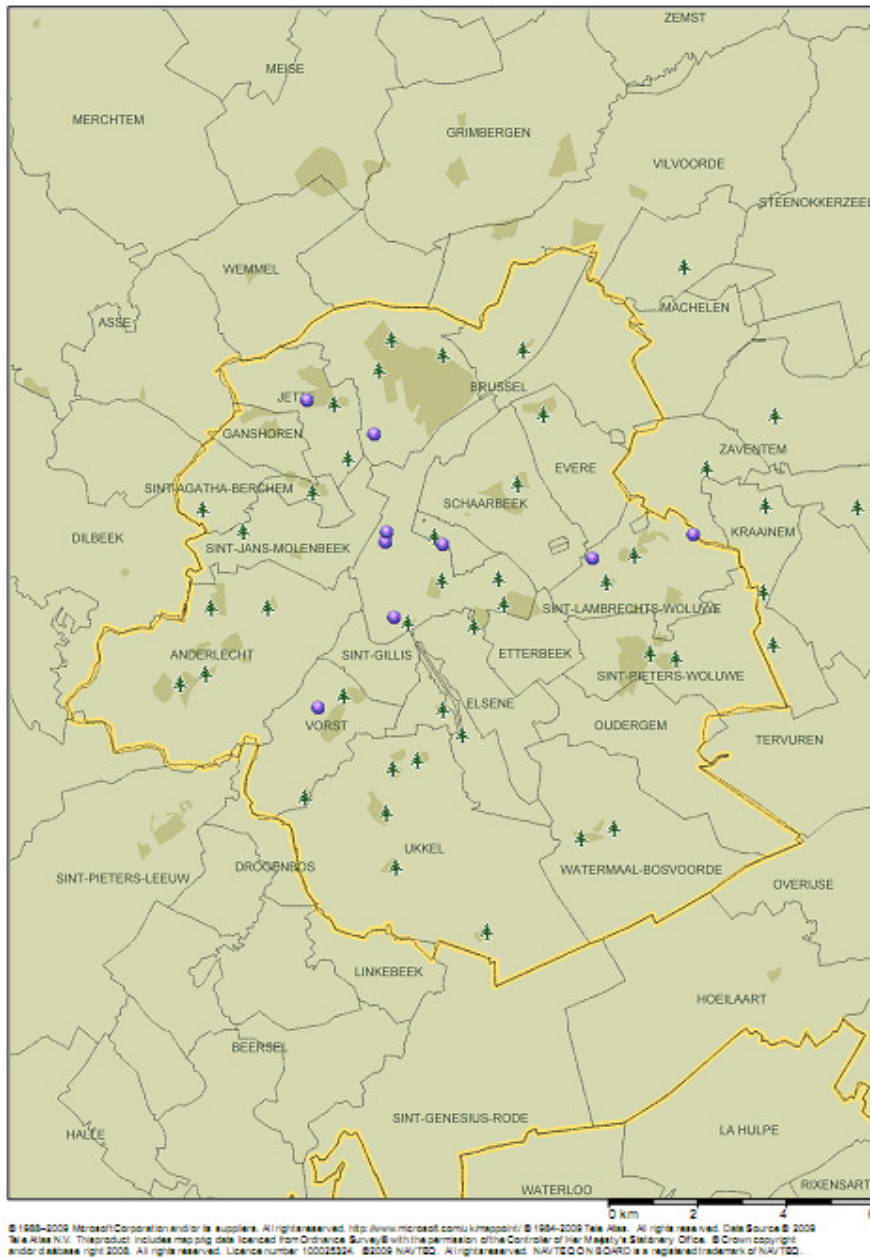
© 1996–2009 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved. <http://www.microsoft.com/maps/> © 1996–2009 Tele Atlas. All rights reserved. Data Source © 2009 Tele Atlas NV. This product includes mapping data licensed from Ordnance Survey, with the permission of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown copyright and/or database right 2008. All rights reserved. Licence number 100025534. © 2009 NAVTEQ. NAVTEQ and NAVTEQ are registered trademarks of NAVTEQ.

Functie 4 – fonction 4

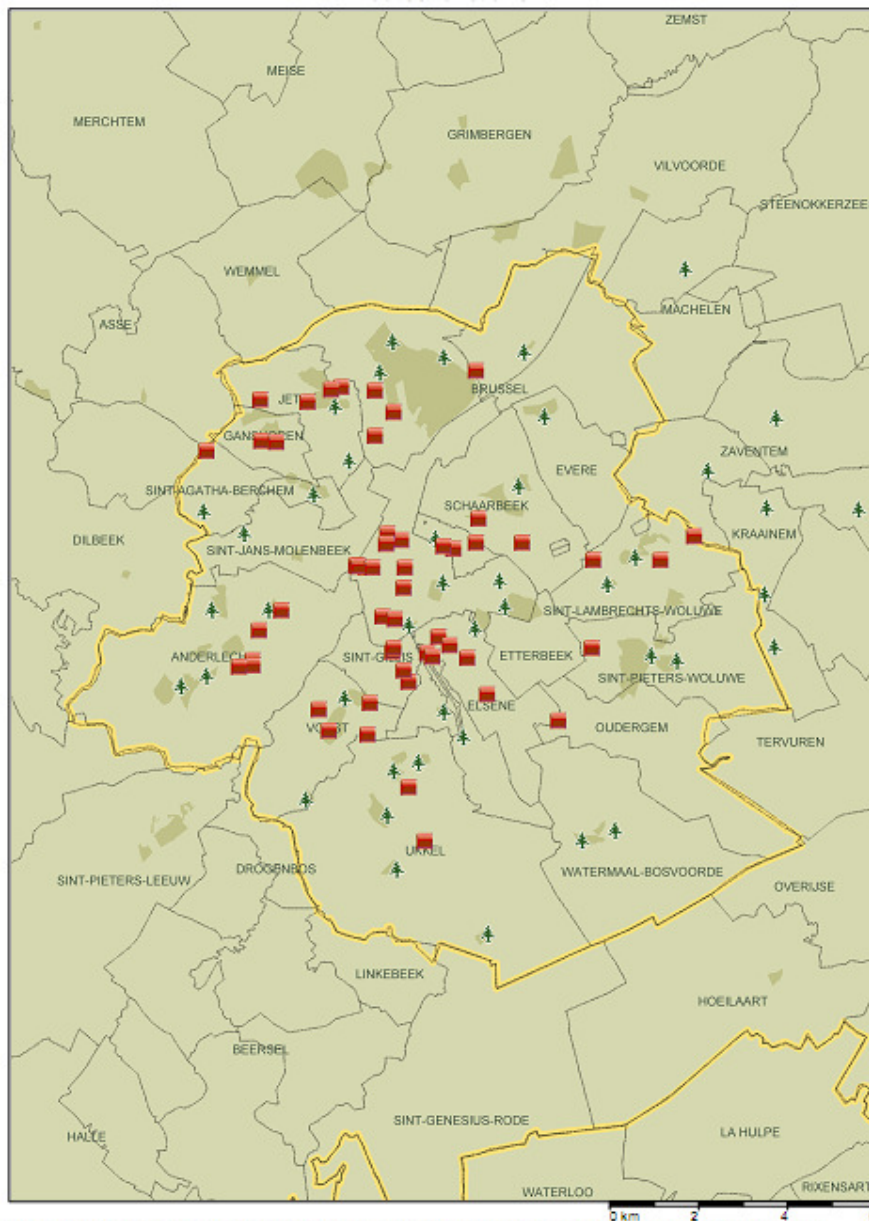


© 1999–2009 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved. <http://www.microsoft.com/kmappoint/> © 1999–2009 Tele Atlas. All rights reserved. Data Source © 2009 Tele Atlas N.V. This product includes mapping data licensed from Ordnance Survey, with the permission of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown copyright and/or database right 2008. All rights reserved. Licence number: 100025534. © 2009 NAVTEQ. NAVTEQ and NAVTEQ are registered trademarks of NAVTEQ.

Functie 5 – fonction 5



Alle functies – toutes fonctions



© 1999–2009 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved. <http://www.microsoft.com/kimappoint/> © 1999–2009 Tele Atlas. All rights reserved. Data Source © 2009 Tele Atlas N.V. This product includes mapping data licensed from Ordnance Survey, with the permission of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown copyright and/or database right 2008. All rights reserved. Licence number: 100025334. © 2009 NAVTEQ. NAVTEQ ON BOARD is a registered trademark of NAVTEQ.

Bijlage 2 partners

Nr	<u>Instelling/Dienst</u>	<u>F 1</u>	<u>F 2 a</u>	<u>F 2b</u>	<u>F 3</u>	<u>F 4</u>	<u>F 5</u>	<u>C</u>
1	CHU Brugmann – psychiatrie service 74	3		5	4	5		
2	Familiehulp	4						X
3	SSM L'Eté Anderlecht	5		5	4			
4	Psymobile asbl	1		5	3			
5	SPAD Prisme-Nord-Ouest	4		3				X
6	Initiatief/Initiative BW/HP Antonin Artaud			2	4		5	X
7	Begeleid Wonen Brussel	3		2	3	1		X
8	PVT/MSP Sanatia	2		2	3		5	
9	Clinique neuro-psychiatrique Sanatia	2		2	2	5	1	
10	Coin des cerises	3		2	3			
11	PTZ Lila	4		4	5			X
12	CHU St.-Pierre	2		4	3	5		
13	Beschut Wonen Primavera			2	4		5	
14	UZ Brussel					5		
15	Source asbl	2		2	4		5	
16	Entre Autres HP	3		3	3		5	
17	Wops de Nuit			1	5		1	
18	CSM L'Adret	4		2	3			
19	Hôpital Molière Longchamps	2		3	3	5		
20	Diogènes asbl/vzw	2	2	4	3		2	
21	DGGZ/CSM Antonin Artaud	5	1	5	4			
22	Zorgequipe/equipe de soins Annexe Vorst	2			5		5	
23	PSC Elsene			4	4	3		
24	CGGZ Brussel	5	1	5	4			
25	CSD	4						
26	Cliniques de l'Europe	3		3	3	5		
27	Home Baudouin	3		1		3		
28	Maison Médicale Santé Plurielle	5	2	2				
29	PVT/MSP Schweitzer	2		2	4		5	
30	BW De Nieuwe Thuis			2	4		5	
31	Den Teirling				4			
32	PVT Thuis			2	4		5	
33	UCL St-Luc	4		3	3	5		X
34	Institut Pacheco	3			2	5	4	
35	Dionysos II	3			2			X
36	Foyer de L'Equipe	3	1	1	5	1	4	
37	Bij Ons/Chez Nous vzw/asbl	3		2	5			
38	Prélude HP	3	2	2	3	3	5	
39	PTZ PsyCoT	4			3			X
40	TP/PT Hermes							X
41	Réseau Bxl Est							X
42	Centre Hospitalier Jean Titeca	3		2	4	4	5	
43	Eole Psy	4						
44	Le Canevas	2		3	5	1	1	
45	Mandragora vzw				3		5	

46	Festina Lente vzw				3		5	
47	Huize Jan De Wachter				2		5	
48	La Pièce	3	1	1	1	3	5	
49	Code	3			5	3	1	
50	Crit	3			5	3		
51	Imago	3			5	3		
52	Babel	5	3	3				
53	CJA	3	1	1	5			
54	SSM Le Méridien	5	3	5	5			
55	La Gerbe	4	2	5	5	5		
56	Mutualité Chrétienne Soins à domicile		4			3		
57	La Gué			5				
58	Ulysse SSM	5		4				
59	trACTor			4				
60	CAD-Werklijn				4			
61	t Huizeke	4						
		44	12	41	46	21	22	10

Bijlage 3

De volgende publicaties ondersteunen de telling dat een grote groep personen met ernstige psychiatrische problemen niet in de psychiatrisch zorg zitten:

1. Wang, PS et al 2007: Use of mental health services for anxiety... Lancet 370, 841-850
2. Thorincroft 2007 Most people with mental illness are not treated. Lancet 370, 807 808.
3. De omvang van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken, K. De Rick, C.Van Audenhove, F. Lammertyn

Bijlage 4 contract

Therapeutsich project Hermes - Lucas

OVEREENKOMST PROJECTFINANCIERING

'Tevredenheidsonderzoek HERMES'

Tussen de ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst:

De Katholieke Universiteit te Leuven, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 3000 Leuven, Oude Markt 13, vertegenwoordigd door prof. dr. Mark Waer, rector, en prof. dr. Chantal Van Audenhove, optredend voor LUCAS, hierna genoemd "LUCAS".

en

vzw Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10 te 1000 Brussel, vertegenwoordigd door de heer Patrick Janssens, administratief coördinator,

OVERWEGENDE DAT

"Hermes" richt zich naar personen met ernstige en langdurige psychische problemen, woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze mensen hebben vaak ernstige sociale problemen en het is een moeilijk proces om voor hen het passende zorgaanbod samen te stellen.

"Hermes" is een netwerk van organisaties **de vzw is daar lid van?** die elk op zich actief zijn in de zorg. Het zijn instellingen, diensten of personen die in de 1^{ste}, de 2^{de} of de 3^{de} lijn een aanbod hebben voor de hogervermelde doelgroep. Wat hen bindt in dit netwerk is het overleg dat zij organiseren rond personen met ernstige psychiatrische problematiek. Momenteel wordt dit overleg ontwikkeld rond het optimaliseren van het "(her-)oriënteringsproces" dat voor een bepaalde groep van deze personen moeizaam, traag en gecompliceerd verloopt.

WORDT OVEREENGEKOMEN WAT VOLGT:

Art. 1 Voorwerp van het Onderzoek

Lucas zal een onderzoek voeren omtrent de mate van tevredenheid van de managers, de hulpverleners/ referentiepersonen en de gebruikers van Hermes. Lucas gebruikt als vertrekbasis de wetenschappelijke kennis over evenwichtige zorg in de samenleving voor mensen met langdurige en ernstige psychische problemen. Volgende deelaspecten van de werking komen aan bod in de bevraging:

Het functioneren van het netwerk:

De activiteit van het netwerk bestaat uit het ontwikkelen van een gestructureerd overleg rond iedere patiënt in het kader van een (her)oriënteringsproces. Om dit te organiseren is een netwerkstructuur nodig. Het onderzoek zal op volgende vragen een antwoord geven vanuit het perspectief van het management:

Op welke punten functioneert die structuur optimaal en welke zijn de knelpunten in de samenwerking tussen de diensten? Wat is de reële uiteindelijke kost van het netwerk, en voor de deelnemende organisaties? Wat is er nodig om het netwerk logistiek voldoende te ondersteunen?

Het netwerk is bedoeld als een open netwerk en dus toegankelijk voor alle diensten – zowel voor aanmelding als voor samenwerking. Wordt dit als dusdanig gepercipieerd? Wat is er nodig om het netwerk verder uit te bouwen of beter te ondersteunen?

Welke tijdsinvestering impliceert het netwerk voor elke organisatie? Welke return levert dit op? Wat is de kosten – baten verhouding voor de verdere ontwikkeling van de eigen organisatie als voor de dagelijkse activiteiten?

De kenmerken van de gebruikers

Lucas analyseert de instroom gegevens en proberen op basis hiervan het profiel van de gebruikers te beschrijven en te analyseren. Volgende vragen staan centraal:

Wie bereikt men vooral? Welke kenmerken heeft de doelgroep?

Uit welke sectoren wordt aangemeld – en wat is de achterliggende dynamiek van deze aanmeldingen?

Het functioneren van de deelnemende hulpverleners

In de bevraging van de hulpverleners wordt op volgende vragen gefocust:

Wat is de meerwaarde om als hulpverlener deel uit te maken van een zorgcircuit rond één cliënt? Welke knelpunten levert dit op? Voor het eigen functioneren als hulpverlener? Voor de patiënt? Voor de organisatie? Voor de aanpak? Voor de samenwerking met andere hulpverleners?

De concrete werking rond patiënten

De hulpverleners worden bevraagd over het klinisch functioneren. Een zorgcircuit zal immers op het klinische vlak andere keuzes maken dan een individuele hulpverlener. Wordt dit zo ervaren? Welke leerervaringen doet men hierin op? Welke voordelen en nadelen ziet men hieraan? Wat is er nodig om deze processen te ondersteunen?

Wat zijn de werkzame factoren in het bereiken van de doelstellingen van de patiënt? Wat werkt er en wat werkt niet in deze aanpak?

Welke zijn de stappen/fasen in het oriënteringsproces? kennismaking met andere structuren, informatie, planning, opvolging, communicatie transparantie – wat werkt motiverend / demotiverend – voor de cliënt en wat werkt motiverende en demotiverend voor de hulpverlener?

Wat zijn de verwachtingen van diegenen die de aanmeldingen doen? Wanneer besluit een organisatie een aanmelding te doen? Wat betekenen tijd en ruimte in de begeleiding van deze patiënten?

Op gebied van de overlegmethodiek met referentiepersonen

Hermes ontwikkelde een gestructureerde overlegmethodiek en maakt gebruik van referentiepersonen die toegevoegd worden aan het te ontwikkelen zorgcircuit. Deze personen staan los van de instellingen die de zorg voor de patiënt aanbrengen, maar coördineren de hulp. De referentiepersonen beantwoorden vragen over de sleutelkenmerken van de begeleiding in het oriënteringsproces, de sleutelkenmerken van de referentiepersonen, nood aan ondersteuning, supervisie en vorming.

Bevraging van de gebruikers

De gebruikers zelf zullen bevraagd worden over hun perceptie van de hogervermelde kenmerken van de aangeboden zorg en zorgorganisatie. Het participeren aan het overleg over de eigen hulpverlening is hierin een belangrijke focus. Vindt men dit een meerwaarde of zou men liever niet participeren ? Welke knelpunten ervaart men en wat zou men wensen dat er aan de zorg toegevoegd of gewijzigd wordt.

Art. 2 Methode

Lucas ontwikkelt een bevraging voor de managers en de hulpverleners/ referentiepersonen en voor de gebruikers een gestandaardiseerd interview aan te vullen met een vragenlijst (visie op zorg). Deze bevraging is kort en krachtig en betreft een beperkt aantal sleutelementen in de zorg en enkele open vragen.

In enkele overlegmomenten wordt het ontwerp van bevraging afgestemd op de beginvraag.

De elektronische bevraging wordt gericht aan het volledige adressenbestand van de hulpverleners en managers van Hermes. Hierbij wordt de Privacywetgeving nageleefd. De bevraging van gebruikers gebeurt door een student in het kader van een masterproef.

De student verwerkt ook de resultaten van de elektronische bevraging.

Het onderzoeksrapport biedt een overzicht van de antwoorden op de onderzoeksvragen en situeert deze binnen de onderzoeksliteratuur en formuleert aanbevelingen voor het beleid.

Onderzoeksequipe

Maria De Groof, wetenschappelijk medewerker Lucas
Ann Desmet, senior onderzoeker Lucas
Prof dr. Chantal Van Audenhove, directeur Lucas

Art. 3 Tijdsplan

Afwerking onderzoeksvoorstel en contract: 30 augustus 2010
Eerste ontwerp van vragenlijst en interview: ter bespreking eind september
Oktober- december: bevraging
Februari – maart: verwerking gegevens door de student
ontwerp rapportering: april
Eindrapport: eind mei 2011

Art. 4 Budget

Antonin Artaud stelt een subsidie ter beschikking van Lucas ten belope van 25.000 euro incl. overhead K.U.Leuven 17%, verdeeld als volgt:

20.750 euro waarvan
12.000 euro personeelskosten
4000 euro projectleiding
4.750 euro werking voor :

- ontwikkeling elektronische bevraging
- vertaling vragenlijsten
- verplaatsingskosten student
- layout rapport

Lucas stelt hiervoor de nodige schuldvorderingen op.

Art. 5 Resultaat

De eindproducten of resultaten die in het kader van het project worden gerealiseerd, zijn de intellectuele eigendom van LUCAS.

De resultaten zullen ter beschikking worden gesteld van Antonin Artaud.

Opgesteld te Leuven op 14 september in twee exemplaren waarbij iedere partij verklaart een exemplaar te hebben ontvangen

Voor K.U.Leuven

Voor Antonin Artaud

Prof.dr. Mark Waer
Rector

Patrick Janssens
Administratief coördinator

Prof.dr. Chantal Van Audenhove
Directeur LUCAS

Bijlage 5

Vragenlijst functie 1 Hermes Plus (terug te zenden naar Julienne Wyns, referentiepersoon via julienne.wyns@cggz-brussel.be)

Omdat activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz , vroegdetectie, screening en diagnosestelling een sterk territoriaal karakter heeft en we via cartografie wensen te weten waar uw activiteiten gesitueerd zijn, hebben we de volgende elementen nodig. Er zijn ook een aantal open vragen om een overzicht te kunnen geven over wat bestaat in ons netwerk Hermes Plus en over de mogelijkheden tot een betere en innoverende samenwerking

1. Territoriale situering van de dienst

- Adres:

straat

nummer

gemeente ...

tel ...

mailadres

Contactperso(n)en (met functie) voor netwerk Hermes Plus

.....

.....

.....

2. Territoriale perimeter

Het aanbod functie wordt gekenmerkt door territoriale nabijheid van de zorgaanbieder.

In welke gemeente/wijk/gebied bent u actief? Werd dit opgelegd door een instantie?

Kan u aanduiden hoeveel personen u bereikt op jaarbasis en of u meer of minder personen bereikt in bepaalde wijken/gemeenten (indien u over de nodige informatie beschikt). Heeft u hiervoor een verklaring?

3. Doelgroep en type activiteit ; gelieve aan te duiden in welke domeinen u werkzaam bent en in welke mate (score 1 tot 5 van amper tot prioritair)

Doelgroep	preventie	Promotie ggz	Eerste interventies	Netwerk creëren	Outreaching	Samenwerking artsen

Andere activiteiten:

Score/belang (1-5)

-

-

-

4. Zijn er initiatieven die u – binnen uw dienst en/of met andere partners- ontwikkelde die in uw ogen een bijdrage kunnen leveren tot het dichterbij brengen van de ggz bij de gebruiker?

-

-

-

-

5.Samenwerking

In de functie 1 wordt dikwijls samengewerkt met andere diensten
 In samenwerking met andere diensten wordt bijkomende hulpverlening georganiseerd. Op de volgende diensten wordt beroep gedaan

	Verplicht	indien nodig	Indien aangewezen
huisartsen			
psychiaters			
thuiszorgdiensten			
...			
...			

6. De samenwerking met andere diensten gebeurt aan de hand van **specifieke methodieken**

Methode	Ja	neen
Casemanagement		
Overlegmethodiek		
Andere		
.....		

7. Preventieve zorg bieden en de ggz promoten betekent het ter beschikking hebben van een eigen methodiek.

Naar welke auteurs, concepten of methodieken refereert de dienst .

8. Wat zijn de noodzakelijke ingrediënten van een **kwaliteitsvol en aangepast netwerk** rond een psychiatrische patiënt ?

9. Specifieke vraag voor de **nul of eerstelijnsdiensten**: hoe verloopt uw samenwerking met de diensten ggz (gaande van CGGZ tot ziekenhuisafdeling). Geef de plus- en minpunten aan.

10. Specifieke vraag voor de **diensten ggz**: hoe verloopt uw samenwerking met de 1^{ste} lijnsdiensten? Geef de min- en pluspunten aan.

Bedankt voor uw deelname. Gelieve dit formulier voor 26/04 terug te sturen naar julienne.wyns@cggz-brussel.be of via fax 02/245 96 42 of per post Vaartstraat 65, 1000 Brussel. Aarzel niet om haar (02/247 61 50 of 0479 99 03 63) of de netwerkcoördinatoren (Pascale De Ridder 0495 41 50 93 of Greta Leire 0472 740 566) te contacteren indien u met vragen of opmerkingen zit.

Bijlage 6 verwerking vragenlijst functie 2B

4.1. De hulpverlening gebeurt ambulante en mobiel.

	Titteca		DGGZ Antonin Artaud		Ulyse		Babel		CGGZ Zuid-Brussel		Beschut Wonen Primavera		PSC Elsene		CGGZ Houba		Ja
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
De patiënt kan naar de dienst komen	x		X		X		X		X		X		X		X		
De dienst gaat op huisbezoek volgens een afgesproken ritme	x		X			X		X	X		X		X		X		
De dienst gaat op huisbezoek indien nodig en aangewezen	x		X			X	X		X		X		X		X		
De dienst gaat op huisbezoek volgens een opgelegd ritme			X			X				X		X	X				
...																	

4.2. Multidisciplinariteit van de zorg is kenmerkend voor langdurige zorg

Het eigen team voorziet in de volgende functies

	Titeca		DGGZ Antonin Artaud		Ulysse		Babel		CGGZ Zuid-Brussel		BW Primavera		PSC Elsene		CGGZ Houba		SANATIA		Icarus Brugmann		SSM Anderlecht l'été	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Psychiatrische opvolging	X		X		X		X		X	X		X		X		X						
Medische opvolging	X		X		X		X		X	X			X		X							
Psychologische begeleiding	X		X		X		X		X		X		X	X		X						
Administratieve begeleiding	X		X		X		X		X		X		X		X		X					
Budgetering	X		X				X		X	X		X					X					
Verpleegkundige zorg	X		X				X		X		X	X		X		X						
Sociale begeleiding	X		X		X		X		X		X		X		X		X					
Beheer van medicatie	X		X		X		X		X	X		X		X		X						
Controle									X	X		X										
Bloedafname			X																			
Intramusculaire injecties			X																			
Aandacht voor hygiëne, huishoudelijke taken, voeding, zoeken en opvolgen van zinvolle vrijetijdsbesteding en/of arbeidsrehabilitatie, (weder)opbouw sociaal netwerk (BW Primavera)											X											
...																						

4.3. De hulpverlening is goed toegankelijk en beschikbaar

- De toegankelijkheid van een dienst wordt bepaald door meerder factoren. Naast de openingsuren is er ook de mate van de beschikbaarheid van hulpverleners buiten de afgesproken momenten, op afspraak en niet op afspraak. Tevens is er de kwestie van hoe de opvang gebeurt bij (onverwachte) moeilijkheden.

- Openingsuren

Titteca							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9	9	9
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot
Avond	21	21	21	21	21	21	21
Nacht							

DGGZ Antonin Artaud							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	18	18	18	18	18		
Nacht							

Ulysse							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	18	18	18	18	18		
Nacht							

Babel							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	X	X	X	X	X		
Namiddag	X	X	X	X	X		
Avond							
Nacht							

CGGZ Zuid-Brussel							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	17	17	17	17	17		
Nacht							

Beschut Wonen Primavera							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	17	17	17	17	17		
Nacht							

PSC Elsene							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	20	17	20	20	17 of 20		
Nacht							

CGGZ Houba							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag	9	9	9	9	9		
Namiddag	Tot	Tot	Tot	Tot	Tot		
Avond	17	17	17	17	17		
Nacht							

Sanatia							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag							
Namiddag			24/24				
Avond							
Nacht							

Icarus Brugmann							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag							
Namiddag							
Avond							
Nacht							

SSM Anderlecht l'été							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Voormiddag							
Namiddag							
Avond							
Nacht							

4.4. De bestaande hulpverlening kan voldoende omgaan met crisissituaties

- Bij moeilijkheden, zijn er alternatieven naast een residentiële opname

	Tijdens de openingsuren			Na sluitingstijd			Tijdens het weekend		
	Ja	Nee	Dewelke	Ja	Nee	Dewelke	Ja	Nee	Dewelke
Titteca	x		Intervention d'une équipe mobile. Intervention relais vers un partenaire ambulatoire	x		Possibilité de laisser un message OU même un système de garde à partir d'un gsm. Développement d'un partenariat avec un centre d'accueil d'urgence de nuit	x		Les mêmes remarques que ci-dessus
DGGZ Antonin Artaud	X		Intensiteit van begeleiding, op verschillende niveau's kan worden opgedreven		X			X	
Ulysse	X		Contacts réseau		X			X	
Babel	X		Permanence		X			X	
CGGZ Zuid-Brussel	X		Intensievere begeleiding, delen van dossiers		X			X	
Beschut Wonen Primavera	X		Begeleiding van bewoner naar zijn behandelend psychiater. Hogere frequentie à huisbezoeken	X		Telefonisch contact en voorstel tot huisbezoek/contact met behandelend psychiater de volgende morgen/maandag. Indien echt noodzakelijk gaan we ter plaatse voor een gesprek.	X		Idem
PSC Elsene	X		Bereikbaar via GSM. Extra huisbezoek alleen of met 2, ontvangst op bureel. Mogelijkheid om tijd door te brengen in PSC.	X		Idem	X		Idem

CGGZ Houba		X			X			X	
Sanatia									
Icarus Brugmann									
SSM Anderlecht l'été									

Hoe dikwijls wordt u in de langdurige zorg geconfronteerd met problemen die niet opgelost worden omdat uw eigen dienst gesloten of niet beschikbaar is.

	Soms	Zelden	Uiterst zelden	Nooit
Titteca	Dienst is nog niet actief			
DGGZ Antonin Artaud		X		
Ulysse		X		
Babel	X			
CGGZ Zuid-Brussel			X	
B.W. Primavera			X	
PSC Elsene			X	
CGGZ Houba			X	
Sanatia		X		
Icarus Brugmann				
SSM Anderlecht l'été				

- Zou het beschikbaar zijn van een mobiele crisisequipe (2a) binnen het netwerk hiervoor een voldoende oplossing bieden

	Nee	Misschien	Waarschijnlijk	Zeker
Titteca	Dienst is nog niet actief			
DGGZ Antonin Artaud		X		
Ulysse		X		
Babel			X	
CGGZ Zuid-Brussel		X		
B.W. Primavera				X
PSC Elsene		X		
CGGZ Houba			X	
Sanatia				X
Icarus Brugmann				
SSM Anderlecht l'été				

- Hoe dikwijls denkt u op deze mobiele crisisequipe beroep te moeten doen

	Meerdere keren per week	1 x per week	1 x per maand	1 x per trimester	1 x per 6 maanden	1 x per jaar	minder dan 1 x per jaar
Titteca	Dienst is nog niet actief						
DGGZ Antonin Artaud					X		
Ulysse				X			
Babel			X				
CGGZ Zuid-Brussel					X		
B.W. Primavera						X	
PSC Elsene							
CGGZ Houba						X	
Sanatia		X					
Icarus Brugmann							
SSM Anderlecht l'été							

- Afspraken maken

	De Dienst werkt op afspraak	De cliënt zal onthaald worden als hij onaangekondigd komt	Het huisbezoek gebeurt op afspraak	Het huisbezoek gebeurt onverwacht	:
Titteca	X	X	X	X	A partir de motivation explicite et après avoir envisagé d'autres alternatives s'inscrit dans un cadre exceptionnel
DGGZ Antonin Artaud	X	X	X		Huisbezoek kan onverwacht indien we ons zorgen maken
Ulysse	X	X			
Babel	X		X		Improviste dans le cadre de la permanence
CGGZ Zuid-Brussel	X		X		
Beschut Wonen Primavera	X		X	X	
PSC Elsene	X	X	X		
CGGZ Houba	X		X	X	
Sanatia	X				
Icarus Brugmann					
SSM Anderlecht l'été					

- Als patiënten in een crisisperiode zijn wat doet u dan :

	Titteca		DGGZ Antonin Artaud		Ulysse		Babel		CGGZ Zuid-Brussel		Beschut Wonen Primav		PSC Elsene		CGGZ Houba		Sanatia		Icarus Brugmann		SSM Anderlecht l'été	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
De patiënt wordt frequenter uitgenodigd	X		X		X		X		X			X	X		X			X				
De patiënt kan onaangekondigd frequenter langskomen	X		X		X			X		X		X	X		X			X				
De psychiatrische consultaties worden vervroegd	X		X		X		X		X		X		X		X			X				
De contacten met de sociaal werker/verpleegkundige worden vervroegd	X		X		X		X		X		X		X		X			X				
De psychologische consultaties worden vervroegd	X		X		X		X		X				X		X			X				
De psychiater gaat op huisbezoek	X		X			X		X		X		X	X		X			X				
De psycholoog gaat op huisbezoek	X		X			X		X	X			X		X	X			X				
De sociale functie gaat op huisbezoek	X		X				X		X		X		X		X			X				
De huisarts wordt geïnformeerd	X		X		X		X		X		X		X		X			X				
De patiënt wordt getelefoneerd	X		X		X		X		X		X		X		X			X				
Overlegvergadering met andere hulpverleners (DGGZ A.A.)			X																			
...																						

- Indien een ziekenhuisopname nodig is, wordt dit georganiseerd door

	De patiënt	De psychiater	De dienst	De huisarts	De familie	Anderen
Titteca	X	X	X		X	X
DGGZ Ant. Artaud	X	X	X		X	
Ulysse		X	X	X		
Babel	X	X	X			
CGGZ Zuid-Brussel	X	X	X	zelden	X	
B.W. Primavera		X	X			
PSC Elsene	X	X	X	X	X	X
CGGZ Houba		X	X			
Sanatia		X				
Icarus Brugmann						
SSM Anderlecht l'été						

- Indien verplichte opname nodig is, wordt dit georganiseerd door

	De dienst	De huisarts	De psychiater	Anderen
Titteca	X	X	X	X
DGGZ Ant. Artaud	X		X	
Ulysse				X
Babel	X		X	
CGGZ Zuid-Brussel	X	X	X	
B.W. Primavera	X	soms	soms	
PSC Elsene	X	X	X	X (familie)
CGGZ Elsene			X	
Sanatia			X	
Icarus Brugmann				
SSM Anderlecht l'été				

4.5. De bestaande hulpverlening kan voldoende omgaan met crisissituaties

- Indien een cliënt niet opdaagt op zijn afspraken, na hoeveel tijd wordt er gemiddeld actief vanuit de dienst iets ondernomen naar de cliënt toe.

	Titteca	DGGZ Antonin Artaud	Ulyse	Babel	CGGZ Zuid-Brussel	Beschut Wonen Primavera	PSC Elsene	CGGZ Houba	Sanatia	Icarus Brugmann	SSM Anderlecht L'été
	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen
Telefoneren en afspraak maken	Dienst is nog niet actief	X	1	15	7	1	1	X			
Schrijven en afspraak maken		X		15	30	Soms		X			
Contact zoeken met andere betrokken hulpverleners		X	3			2	Na volgende afspraak	X			
Onaangekondigd op huisbezoek gaan		X				2		X			
Contact zoeken met de familie		X				3	Na overleg met dokter	X			
Politie contacteren		X				2	Na overleg met dokter	X			
...											
...											

...											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Indien een cliënt niet aanwezig is bij het geplande huisbezoek, na hoeveel tijd wordt er gemiddeld actief vanuit de dienst iets ondernomen naar de cliënt toe.

	Titteca	DGGZ Antonin Artaud	Ulyse	Babel	CGGZ Zuid-Brussel	Beschut Wonen Primavera	PSC Elsene	CGGZ Houba	Sanatia	Icarus Brugmann	SSM Anderlecht L'été
	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen	Aantal Dagen
Telefoneren en afspraak maken	Dienst is nog niet actief	X		1	7	1	1	Afh. Vd Patiënt			
Schrijven en afspraak maken		X			21	Soms	Bericht in bus na elke poging	Afh. Vd Patiënt			
Contact zoeken met andere betrokken hulpverleners		X			Afh. Vd Patiënt	2	7	Afh. Vd Patiënt			
Onaangekondigd op huisbezoek gaan		X				2	2	Afh. Vd Patiënt			
Contact zoeken met de familie		X				3	7	Afh. Vd Patiënt			
Politie contacteren		X				2	Na overleg met dokter	Afh. Vd Patiënt			
...											

4.6. De hulpverlening is methodisch georganiseerd.

Langdurige zorg bieden, betekent het ter beschikking hebben van een eigen methodiek. Naar welke auteurs, concepten of methodieken refereert de dienst .

	1	2	3	4
Titteca	Littérature niveau ACT	Faire appel à l'expertise de certains services comme les SPAD	Etc	
DGGZ Antonin Artaud	Sheppard			
Ulysse	Psychotherapie Institutionnelle	Ethnopsycho-analyse		
Babel	Supervision d'équipe	Lectures	Travail et formation personnels	
CGGZ Zuid-Brussel	Presentie	Psychosociale psychosociale revalidatie	FACT	Empowerment
Beschut Wonen Primavera	Psychosociale revalidatie			
PSC Elsene	Prof. Burns	Prof. Van Veldhuizen	Mr. Mulder	Mr. Stein
Icarus Brugmann				
SSM Anderlecht L'été				

4.7. In de hulpverlening wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders

In een gemeenschapsgericht aanbod van de langdurige psychiatrische zorg, worden de elementen en aspecten van de zorg niet uitsluitende door één persoon of door één organisatie opgenomen. Langdurige psychiatrische zorg wordt gekenmerkt door het delen van de zorg.

	Titteca	DGGZ Ant. Artaud	Ulysse	Babel	CGGZ Zuid-Brussel	Beschut Wonen Primavera	PSC Elsene	CGGZ Houba	Sanatia	Icarus Brugmann	SSM Anderlecht l'été
Huisvesting	2	2	2	2	2	2	3	2			
Warme maaltijden	2	2	2	2	2	2	2	2			
Dagactiviteit	2	2	2	2	3	1	2	3			
Vrijwilligerswerk	3	2		2	3	3	2	2	3		
Familiale hulp	2	2		2	2	2	2	3	3		
Tewerkstelling	3	2		2	3	3	2	2			
Dagcentrum	2	2	2	2	3	3	2	3	3		
Huisarts	1	2	2	2	1	1	1	2			
Psychiater	1	1	2	2	2	1	1	2	3		
Cultuur	2	2	2	2	3	3	2	3			
CPAS	2	2		2	3	3	2				
Legende:											
Verplicht = 1											
Indien nodig = 2											
Indien aangewezen = 3											

In samenwerking met andere diensten wordt bijkomende hulpverlening georganiseerd. Op de volgende diensten wordt beroep gedaan.

- De samenwerking met andere diensten gebeurt aan de hand van specifieke methodieken

Methode	Titteca		Antonin Artaud		Ulysse		Babel		CGGZ Zuid-Brussel		B.W. Primavera		PSC Elsene		CGGZ Houba		Sanatia		Icarus Brugmann		SSM Anderlecht l'été	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Casemanagement	X		X					X	X		X				X							
Overlegmethodiek	X		X					X	X		X				X		X					
Andere: (*)	X																					
Coaching (CGGZ Z-B)									X													
...																						
...																						

(*) Titteca: PSI (Plan de Service Individualisé), PAD (Directive Anticipé en psychiatrie), mise en place d'activités communes

4.8. De hulpverlening verloopt transparant, de patiënt heeft invloed op de zorg

	Nooit	Indien Nodig	Meestal wel	Altijd
Titteca				X
DGGZ Ant. Artaud				X
Ulysse			X	
Babel			X	
CGGZ Zuid-Brussel			X	
B.W. Primavera				X
PSC Elsene		X	X	
CGGZ Houba			X	
Sanatia			X	
Icarus Brugmann				
SSM Anderlecht l'été				

- Welke moeilijkheden ondervindt u in de samenwerking met ander diensten bij het bieden van de langdurige zorg.

	Titteca		DGGZ Antonin Artaud		Ulysse		Babel		CGGZ Zuid-Brussel		Beschut Wonen Primav		PSC Elsene		CGGZ Houba		Sanatia		Icarus Brugmann		SSM Anderlecht l'été	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Diensten zijn niet toegankelijk wegens wachtlijsten	X		X		X		X		X		X		X		X		X					
Diensten wensen niet te werken met psychiatrische patiënten	X		X				X		X		X		X	X								
Het ontbreekt aan vorming en aan know-how bij deze diensten	X		X		X		X	X	X		X		X	X								
Er worden onrealistische verwachtingen gesteld	X		X				X		X	X		X		X		X						
Deontologische problemen	X		X		X		X		X		X	X	X		X							
Er is plaatsgebrek	X		X				X		X		X		X		X		X					
Overleg met verantwoordelijke ipv helpers (PSC Elsene)													X									
Frequente wissel van zorgverstrekkers (PSC Elsene)													X									
Moeilijkheid om sommige diensten telefonisch te bereiken (PSC Elsene)													X									

(*) Titteca: Refus de travailler avec certaines populations, Services saturé donc même plus de liste d'attente (centre médical),...) Sous-effectif de certains services (SPAD,...), Cadre légaux (double financement,...)

- Samenstelling van een equipe

Welk zijn de onmisbare beroepsfuncties in een equipe die langdurige zorg biedt

	Functie 1	Functie 2	Functie 3	Functie 4	Functie 5	Functie 6	Functie 7
Titteca (*)							
DGGZ Ant. Artaud	Psychiater	Verpleegkundige	Sociale	Psycholoog			
Ulysse	Traitement de l'angoisse	Travail multidisciplinaire	psychopathologie	Connaissance ressources			
Babel							
CGGZ Zuid-Brussel	Psychiater	Psycholoog	Sociale	Ev. Verpleegkundige			
B.W. Primavera	Sociaal of psychiatisch verpleegkundige	Maatschappelijk werkers	Psychiater				
PSC Elsene	Verpleegkundige	Sociaal werker	Psychiater	Trajectbegeleider	Admin. Medewerker	psycholoog	Ervaringsdeskundige?
CGGZ Houba							
Sanatia							
Icarus Brugmann							
SSM Anderlecht l'été							

- (*) Titteca:
1. Opacité à tisser des liens avec les usagers et le secteur SM ou celui hors SM
 2. Connaissances des ressources
 3. Connaissances de la maladie mentale et de leur gestion au quotidien
 4. Capacité de s'intégrer et initier un environnement d'équipe dynamique et innovante
 5. Connaissance et respect du mandat des intervenants et de la place spécifique de chacun
 6. Multidisciplinarité
 7. etc...

- De volgende knelpunten worden ervaren in de langdurige psychiatrische zorg

	Knelpunt 1	Knelpunt 2	Knelpunt 3	Knelpunt 4	Knelpunt 5	Knelpunt 6	Knelpunt 7
Titteca	Attend l'accord définitif pour implémenter l'équipe						
DGGZ Antonin Artaud	Doorverwijzingen & ontslagmanagement	Consistente samenwerking	Correct verloop van gedwongen opname				
Ulysse	Plus de capacités d'accueil de nouvelles situations						
Babel							
CGGZ Zuid-Brussel	"Chroniciteit" van de dossiers waardoor de caseload verhoogt. Dit trachten we te hanteren door de afspraken met de cliënt meer te spreiden en slechts bij crisismomenten weer te intensifiëren.						
Beschut Wonen Primavera	financiële stimulans om cliënten te begeleiden in hun thuissituatie	Tekort aan betaalbare huisvesting					
PSC Elsene	Doorverwijs mogelijkheden	Aanwerving Verplegend Personeel		Huisarts mee op Huisbezoek	Samenwerking met Soc. Huisvesting		Niet onmiddellijk kunnen ingaan op de vraag
CGGZ Houba							
Sanatia							
Icarus Brugmann							
SSM Anderlecht l'été							

- Wat werkt goed in de langdurige psychiatrische zorg

	1	2	3	4	5
Titteca					
DGGZ Ant. Artaud	Case management				
Ulysse	Possibilité de permanences et de contacts				
Babel					
CGGZ Zuid-Brussel	Cliënt participeert vaak meer in de maatschappij, is meer omringd en ondersteund waardoor heropnames minder nodig zijn.				
B.W. Primavera					
PSC Elsene	Eens samenwerking gerealiseerd is, verloopt het goed		Huisbezoeken scheppen mogelijkheden om de levenskwaliteit van de patiënt te verhogen		
CGGZ Houba					
Sanatia					
Icarus Brugmann					
SSM Anderlecht l'été					

casemenagement

4.9. De hulpverlening wordt geboden in de nabije woonomgeving van de patiënt.

Het aanbod 2b wordt gekenmerkt door territoriale nabijheid van de zorgaanbieder. De afstand en de tijd nodig voor de verplaatsing, maar ook de kennis van de sociale kaart in de onmiddellijke omgeving van de patiënt zijn bepalende factoren in dit aanbod. Daarom is het belangrijk een schatting van de perimeter waarbinnen deze zorg zich situeert, aan te geven. Soms bestaat de perimeter uit één of meerdere gemeenten. In bijlage 1 vindt u de cartografie van de gemeenten die bereikt worden binnen het werkgebied van Hermes Plus

Initiatief gemeenten aantal patiënten potentieel /jaar

4.10. De hulpverlening wordt aangeboden zonder door de hulpverlening gestelde tijdslimiet.

Omdat langdurige psychiatrische zorg ook gekenmerkt door de duur van het aanbod, willen we ook deze elementen bevragen:

- Duur van de begeleiding

	Max. aantal jaar
Titteca	
DGGZ Ant. Artaud	Onbeperkt
Ulysse	Onbeperkt
Babel	
CGGZ Zuid-Brussel	Onbeperkt
B.W. Primavera	Onbeperkt
PSC Elsene	2 jaar
CGGZ Houba	Onbeperkt
Sanatia	
Icarus Brugmann	
SSM Anderlecht l'été	

4.11. De hulpverlening begeleidt nu al patiënten in de mobiele langdurige zorg, en kan nieuwe begeleidingen starten

4.11.1.Aantal patiënten in de langdurige zorg

Om een idee te hebben van de capaciteit willen we weten hoeveel patiënten momenteel in langdurige zorg zijn. Indien u moeilijk over correcte cijfers beschikt, vragen we u om een realistische schatting te maken

	Titteca	DGGZ Ant. Artaud	Ulysse	Babel	CGGZ Zuid-Brussel	B.W. Primavera	PSC Elsene	CGGZ Houba	Sanatia	Icarus Brugmann	SSM Anderlecht l'été
	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal
Totaal aantal patiënten	Dienst is nog niet actief	120	200		115	21	37	25		70	
Minder dan 3 jaar in begeleiding			150			9	21	5			
Meer dan 3 jaar in begeleiding			30			4	4	5		50	
Meer dan 5 jaar in begeleiding		80	10			6	4	10		40	
Meer dan 10 jaar in begeleiding		45	2			2	8	5		30	

4.11.2. Potentiële capaciteit

Graag willen we een idee hebben over de potentiële mogelijkheden van uw organisatie wat betreft het aantal nieuwe patiënten:

Met de huidige bestaffing kan op jaarbasis aantal nieuwe patiënten langdurige zorg aangeboden krijgen.

	Aantal
Titteca	
DGGZ Ant. Artaud	12
Ulysse	
Babel	
CGGZ Zuid-Brussel	
B.W. Primavera	
PSC Elsene	3
CGGZ Houba	6
Sanatia	
Icarus Brugmann	12
SSM Anderlecht l'été	

Mits uitbreiding van de equipe, kunnen er meer patiënten in de langdurige psychiatrische zorg worden opgevangen.

Tabel

	Ja	Nee
Titteca		
DGGZ Ant. Artaud		
Ulysse	X	
Babel		
CGGZ Zuid-Brussel	X	
B.W. Primavera	X	
PSC Elsene	X	
CGGZ Houba	X	
Sanatia		X
Icarus Brugmann		
SSM Anderlecht l'été		

Bijlage functie 5

HERMES PLUS – FUNCTIE 5

RONDVRAAG TER EVALUATIE VAN DE WOONFUNCTIE BINNEN BRUSSEL

1. Identificatie

- Naam organisatie:

.....

- Adres organisatie:

.....

.....

.....

- Samenstelling multidisciplinair team (in VTE)

.....

.....

.....

.....

- Adressen verschillende verblijfplaatsen (bv. Verschillende huizen Beschut
Wonen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Maximale verblijfsduur

.....

- Gemiddelde verblijfsduur:

.....

- Gemiddelde wachttijd tussen kandidatuur en opname:

.....

- Capaciteit

Type structuur	Aantal plaatsen individueel wonen	Aantal plaatsen gemeenschappelijk wonen	Aantal plaatsen federaal erkend	Aantal niet- erkende plaatsen
Beschut Wonen				
Psychiatrisch verzorgingstehu- is				
Onthaaltehuis				
Zorgequipes psychiatrische annex van gevangenis				
Therapeutische gemeenschap				

- Beschrijving en kenmerken doelpubliek (pathologie / chroniciteit / autonomie/ ...)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Doorverwijzingen - einde verblijf

2.1 Doorverwijzers naar uw instelling (vanaf 2008)

Aantal toegetreden kandidaturen / totaal aantal plaatsen	2008	2009	2010	2011
	/	/	/	/

	2008	2009	2010	2011
Percentage ziekenhuis (psychiatrisch / algemeen)				
Percentage beschut Wonen				
Percentage psychiatrisch verzorgingstehuis				
Percentage DG/GZ				
Percentage Sociale dienst (1 ^{ste} lijn)				
Percentage onthaaltehuis				
Percentage therapeutische gemeenschap				
Percentage familie/vrienden				
Percentage activiteitencentra				
Percentage huisdokter				
Percentage privé structuren				
Percentage andere (specificeer)				

Merkt u binnen de doorverwijzingen eventuele tendenzen?

2.2 Doorverwijzingen na ontslag uit uw instelling (vanaf 2008)

Aantal ontslagen / totaal aantal plaatsen	2008	2009	2010	2011
	/	/	/	/

	2008	2009	2010	2011
Percentage ziekenhuis (psychiatrisch/algemeen)				
Percentage beschut Wonen				
Percentage psychiatrisch verzorgingstehuis				
Percentage DGGZ				
Percentage onthaaltehuis				
Percentage therapeutische gemeenschap				
Percentage niet-erkende structuren				
Percentage familie/vrienden				
Percentage volledige autonomie				
Percentage sociale huisvesting				
Percentage andere (specificeer)				
.....				
.....				

Merkt u binnen uw doorverwijzingen eventuele tendenzen?

.....

.....

.....

2.3 Einde verblijf

Wat is het aantal ontslagen cliënten die binnen de 3 jaar opnieuw hun kandidatuur stelden binnen uw instelling.

Aantal/totaal aantal plaatsen	2008	2009	2010	2011
----------------------------------	------	------	------	------

Aan hoeveel verblijven heeft uw instelling een einde gemaakt gezien het feit dat de aangeboden zorg de zorgvraag overstijgt of onvoldoende kan worden aangeboden.

	2008	2009	2010	2011
Aangeboden zorg < zorgvraag	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)
Aangeboden zorg > zorgvraag	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)	/.....(totaal aantal plaatsen)

2.4 Kandidaturen

Indien u kandidaten dient te weigeren, wat zijn dan de redenen. Geef de redenen een cijfer in mate van belangrijkheid (1= belangrijkste reden, 2,3,...)

Reden	Cijfer
Wachlijst	
Ongeschikt profiel (om redenen van diagnostiek, autonomie, ...)	
Administratieve redenen (mutualiteit niet in orde, zonder papieren, ...)	
Leeftijd (te jong, te oud, ...)	
Geen formeel samenwerkingsverband (conventie) met de doorverwijzer	
Uw infrastructuur beantwoordt niet aan de aanvraag (gezinnen/fysische handicap/...)	
Andere redenen (specificeer)	
.....	
.....	
.....	

Krijgt uw instelling regelmatig aanvragen waaraan ze niet kan beantwoorden en zoja, dewelke?

.....

.....

.....

3. Samenwerkingen

3.1 Samenwerkingen met externe diensten

In de langdurige zorg wordt dikwijls samengewerkt met andere diensten om bijkomende hulpverlening te organiseren. In welke mate wordt er beroep gedaan op die externe diensten door uw uw instelling en/of zijn doelpubliek:

	Bij opname	Op vraag begeleiding	Op vraag client	Beschrijving
Huisvesting				
Warme maaltijden				
Dagactiviteit				
Vrijwilligerswerk				
Familiale hulp				
Socio-administratieve hulp				

3.2 Welke moeilijkheden ondervindt u in de samenwerking met andere diensten

	ja	neen
Ontoegankelijk wegens wachtlijsten		
Diensten wensen niet te werken met psychiatrische patiënten		
Gebrek aan vorming en know-how binnen deze diensten		
Te hoge/onrealistische verwachtingen van de dienst naar mijn cliënt toe		
Plaatsgebrek		

3.3 Samenwerkingsverbanden

Zijn er bepaalde samenwerkingsakkoorden met andere diensten waar uw instelling beroep kan op doen als het om "Wonen" gaat (sociale huisvesting/ OCMW/andere...). Zoja, beschrijf kort.

.....

.....

.....

4 Toegankelijkheid - wachtdienst

4.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid (permanenties)

	Ma (...u -...u)	Di (...u -...u)	Wo (...u -...u)	Do (...u -...u)	Vr (...u -...u)	Za (...u -...u)	Zo (...u -...u)
Bureau							
Ten huize							
Telefonisch							
Wachtdienst (OSM)							

Indien andere vormen van permanentie, gelieve te beschrijven:

.....

.....

.....

Is er een hulpverlener 24/24u aanwezig binnen uw instelling?

.....

4.2 Bij moeilijkheden/crisis, zijn er alternatieven naast een residentiële opname

	Ja	Neen	De welke
Tijdens de openingsuren			
Na sluitingstijd			
Tijdens het weekend			

4.3 Zijn wachtdiensten (GSM of andere) vergoed en zo ja op welke manier?

.....

.....

.....

.....

4.4 Ervaart u een telefonische wachtdienst (GSM) als efficiënte buffer bij moeilijkheden/crisis?

Beschrijf kort.

.....

.....

4.5 Moet er binnen uw instelling, na een telefonische oproep tijdens een wachtdienst, vaak overgegaan worden tot concreet handelen (bv. Ter plaatse gaan / hulpdiensten verwittigen / andere....)? Beschrijf kort.

.....

.....

.....

.....

5. Toekomstperspectieven en knelpunten:

Naar aanleiding van het debat omtrent de huidige mogelijkheden / kansen en toekomstige alternatieven binnen de functie Wonen in Brussel, dat plaats had tijdens de vergadering op 15 april 2011, welk type initiatieven zou u aanreiken en ondersteunen naar de toekomst toe. Geef een cijfer naar belangrijkheid (1=belangrijkste, 2, 3...)

5.1 Huidige situatie: ter verbetering van de reeds bestaande initiatieven

Voorstel	cijfer
Uitbreiden van het aantal plaatsen in de reeds bestaande structuren Welke type van plaatsen:	
Samenwerkingsovereenkomsten uitbouwen met bestaande Brusselse diensten met betrekking tot de functie Wonen in Brussel (sociale huisvesting, sociaal verhuur,...)	
Middelen voorzien om niet-psychiatrische initiatieven in staat te stellen met een populatie te werken met een psychiatrische problematiek (bv. Middelen ter aanwerving van psychiatrisch verpleegkundige binnen onthaalsector)	
Extra-murale samenwerkingen bevorderen tussen de verschillende bestaande initiatieven, daar waar ze elkaar overlappen (bv. Gemeenschappelijke activiteiten zoals kookateliers, werkgroepen rond arbeid/hygiëne tussen Beschut Wonen, PVT, Onthaalsector)	

Andere	

5.2 Toekomst: nieuwe zorg-alternatieven binnen de functie Wonen in Brussel.

Opnamecriteria tussen de verschillende initiatieven zijn erg gevarieerd.

Hoe kunnen we het (soms afwezige) project van de client enerzijds en de verwachtingen van het initiatief anderzijds beter op elkaar afstemmen (bv. formaliseren van samenwerkingen, overleg tussen client en hulpverleners, "springplank" structuur uitbouwen, ...).

Welke onbestaand alternatief stelt u voor en hoe zou u het omschrijven:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tot slot

Binnen de mate van het mogelijke hadden we graag uw antwoorden uiterlijk op woensdag 27/04/2011 ontvangen.

Om de volledigheid van ons dossier te garanderen bent u welteverstaan vrij om eventuele niet eerder opgenomen kwesties aan bod te brengen omtrent de functie Wonen in Brussel.

Een volgende vergadering omtrent functie 5 (Wonen in Brussel) is gepland op 27/04/2011 tussen 9.30u en 11.30u op het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Brussel, Handelskaai 7, 1000 Brussel.

Als partner bent u op dat moment uiteraard meer dan welkom om deel te nemen aan een verdere uitwisseling omtrent de functie 5 binnen het kader van Hermes Plus.

Bedankt voor uw medewerking,

Kristof Lissan & Sylvie Bastin
Referenten functie 5 – Hermes Plus
Grootgodshuisstraat 10
1000 Brussel
Tel: 02/218.33.76
Fax: 02/218.05.29
kristoflissan107@gmail.com
sylvie.bastin@hotmail.com

bijlage 8 Outreaching Medikuregem

Om een drempelverlagend effect te bereiken vanuit het CGG Brussel naar de patiëntenpopulatie van WGC Medikuregem wordt vanuit het CGG Brussel een psychologische consultatie gehouden. Gedurende twee dagdelen per week stelt het wijkgezondheidscentrum een lokaal ter beschikking. De patiënten worden op hun vraag of op vraag van een van de artsen doorverwezen naar de psychologische consultatie. Eenmaal per maand is er overleg tussen het team van Medikuregem en de psychologen van het CGG Brussel. Een tussentijdse communicatie tussen de arts en psycholoog verloopt via feedbackformulieren. In 2010 kwamen in totaal 50 patiënten op consultatie, goed voor een totaal van 117 sessies.

Met outreachingsproject in Medikuregem wordt een psychologische praktijk geïntroduceerd in het dagelijks functioneren van het wijkgezondheidscentrum, zonder deel uit te maken van de administratieve werking. De psychologische praktijk is complementair aan de medische problematiek van de patiënt. Op die manier ontstaat een drempelverlagend effect voor zowel de patiënt als voor de huisarts. Veel patiënten kwamen op de psychologische consultatie als gevolg van de integratie van de psychologische begeleiding in het aanbod van het wijkgezondheidscentrum. Zowel de doorverwijzing vanuit de artsen als de feedback naar de artsen toe verloopt daardoor veel organischer. Overlegmomenten met de huisartsen en een feedbackformulier voor elke patiënt dragen daartoe bij.

Naast het doorverwijzingsaspect, heeft de outreaching ook een impact op het verloop van de hulpverleningsrelatie. De 'therapeutische tijd' verandert, in die zin dat een patiënt die ogenschijnlijk afhaakt na één sessie, na een paar maand terugstaat met dezelfde, een gewijzigde of een nieuwe hulpvraag. Deze verandering in therapeutisch verloop heeft een impact op de termijn waarmee een patiëntendossier wordt afgesloten. De hulpverleningsrelatie wordt opgebouwd in de tijd en functioneert als een ankerpunt voor de patiënt om er aan zijn mentaal lijden te werken. Vooral bij patiënten die in het klassieke aanbod van geestelijke gezondheidszorg geen toegang vinden of gemakkelijk afhaken, biedt deze setting een troef. De setting van een wijkgezondheidscentrum dient als een referentiepunt, een sleutelplaats waar patiënten op terugvallen, zelfs na afhaken na een doorverwijzing.

De efficiëntie van bereik is zeer hoog gezien het aantal patiënten dat op relatief beperkte tijd gezien is. De sterke integratie van wijkgezondheidscentrum in de buurt zal mee het efficiënte bereik van patiënten bepaald hebben. Dit bevestigt ons uitgangspunt om onze hulpverlening meer te gaan enten op bestaande sleutel- of vindplaatsen.

Hoewel de outreaching niet plaatsvindt op een tweede lijnssetting, kan een overgroot aandeel van de behandelde problematieken op de tweede lijn gesitueerd worden. De meeste voorkomende problematieken zijn verslavingsproblematieken, psychotische problematieken, burn-out, depressie en levensfaseproblematiek. Hoewel er duidelijk sprake is van tweedelijnsproblematiek, is het therapeutische antwoord niet altijd typisch voor een tweede lijnsdienst. De mentale ziekte kon bij de meeste van de patiënten niet verklaard worden als bestaande uit louter biologische factoren maar uit een combinatie van biologische, omgevings- en sociale factoren. Zonder met deze laatste twee factoren rekening te houden, verwordt een diagnose of behandeling te snel een medicalisering of pathologisering van de cultuur of sociale situatie van de patiënt.

Outreaching werken rond alcohol en drugverslaving

Sinds 2009 wordt er samengewerkt met het UZ Jette rond de doorverwijzing van cliënten die in contact zijn met het ziekenhuis (wachtdienst/interne geneeskunde/ verloskunde/ psychiatrie/...) naar aanleiding van verslavingsproblemen.

De ervaring in het CGG rond de oriëntatie door het ziekenhuis naar de externe ambulante zorg leert dat de personen met excessief gebruik, of met verslavingsproblemen, moeilijk instromen in de hen voorgestelde ambulante nazorg

Procedure

Dagelijks wordt vanuit het CGG Houba (referentiecentrum voor verslavingszorg van het CGG Brussel) contact genomen met het UZ Jette. Indien er op dat moment patiënten zijn die rond verslavingsproblemen werden opgenomen, wordt deze patiënt dezelfde dag ontmoet in het ziekenhuis door een hulpverlener van het CGG. De doelstelling van dit gesprek is om tot verdere begeleiding te motiveren en die te plannen. Het tweede gesprek met deze persoon zal, na ontslag, enkele dagen later plaats hebben in het CGG – deelwerking Houba

Methode

De wijze waarop het eerste gesprek wordt gevoerd, is gebaseerd op de motivationele gespreksmethodiek.

Verklaring

De achterliggende verklaring waarop deze procedure berust, is includeren in de zorg van deze groep patiënten niet zo zeer een activiteit (= “verwijzen”) maar een proces is. In dit proces blijkt het daarenboven essentieel te zijn dat het eerste gesprek in het ziekenhuis, en het tweede gesprek in het CGG door dezelfde persoon gebeurt.

Resultaten

Op jaarbasis worden ongeveer een 60 tal patiënten op deze wijze gezien. Omdat dit niet allemaal personen uit Brussel zijn, en deze personen dikwijls Franstalig zijn, hebben we in deze groep verschillende subgroepen:

1. +/- ¼ Nederlandstalige Brusselaars die na het eerste gesprek verder kunnen opgevolgd worden in het CGG Houba
2. +/- ¼ Franstalige Brusselaars die door ons in het eerste gesprek worden verwezen naar een Franstalig gespecialiseerde dienst voor verslavingszorg. Met deze dienst werd een voorkeursregeling onderhandeld zodat voor deze patiënten niet op de wachtlijst terecht komen.
3. +/- ½ Nederlands en Franstalige personen uit Vlaams Brabant die door ons worden verwezen naar de diensten in Vlaams Brabant.

De groep waarbij, na het eerste gesprek in het ziekenhuis, de verdere ambulante zorg betekenisvol beter wordt gerealiseerd, is de groep patiënten waarbij na het eerste gesprek in het ziekenhuis – het tweede gesprek in het CGG Brussel door dezelfde hulpverlener plaats heeft.

Voor de andere patiënten zijn de resultaten van “ons eerste gesprek” niet beter dan die van een klassieke doorverwijzing die gedaan wordt door de ziekenhuismedewerkers.

Deze gegevens zijn gebaseerd op 60 patiënten die in de loop van +/- 1 jaar werden gezien.

De correcte cijfers en een ruimere toelichting kunnen u ter beschikking worden gesteld. worden